

Veille scientifique en économie de la santé

Watch on Health Economics Literature

Juillet-août 2019 / July-August 2019

Assurance maladie	<i>Health Insurance</i>
Démographie	<i>Demography</i>
E-santé – Technologies médicale	<i>E-Health-Medical Technologies</i>
Économie de la santé	<i>Health Economics</i>
État de santé	<i>Health status</i>
Géographie de la santé	<i>Geography of Health</i>
Handicap	<i>Handicap</i>
Hôpital	<i>Hospital</i>
Inégalités de santé	<i>Health Inequalities</i>
Médicaments	<i>Pharmaceuticals</i>
Méthodologie - Statistique	<i>Methodology- Statistics</i>
Politique de santé	<i>Health Politics</i>
Politique publique	<i>Public policy</i>
Prévention	<i>Prevention</i>
Prévision –Evaluation	<i>Prevision-Evaluation</i>
Psychiatrie	<i>Psychiatry</i>
Sociologie de la santé	<i>Sociology of Health</i>
Soins primaires	<i>Primary Healthcare</i>
Systèmes de santé	<i>Health Systems</i>
Travail et santé	<i>Occupational Health</i>
Vieillesse	<i>Aging</i>

Présentation

Cette publication mensuelle, réalisée par les documentalistes de l'Irdes, rassemble de façon thématique les résultats de la veille documentaire sur les systèmes et les politiques de santé ainsi que sur l'économie de la santé : articles, littérature grise, ouvrages, rapports...

Certaines publications recensées sont disponibles gratuitement en ligne. D'autres, payantes, peuvent être consultées sur rendez-vous au [Centre de documentation de l'Irdes](#) ou être commandées auprès des éditeurs concernés. Des copies d'articles peuvent aussi être obtenues auprès des bibliothèques universitaires ([Sudoc](#)), de l'Inist ([Refdoc](#)) ou de la [British Library](#). En revanche, aucune photocopie par courrier n'est délivrée par le Centre de documentation.

La collection des numéros de Veille scientifique en économie de la santé (anciennement intitulé Doc Veille) est consultable sur le site internet de l'Irdes : www.irdes.fr/documentation/veille-bibliographique-en-economie-de-la-sante.html

Presentation

Produced by the IRDES Information Centre, this publication presents each month a theme-sorted selection of recently published peer-reviewed journal articles, grey literature, books and reports related to Health Policy, Health Systems and Health Economics.

Some documents are available online for free. Paid documents can be consulted at the [IRDES Information centre](#) or be ordered from their respective publishers. Copies of journal articles can also be obtained from university libraries (see [Sudoc](#)), the Inist Agency (see [Refdoc](#)) or the [British Library](#).

Please note that requests for photocopies or scans of documents will not be answered.

All past issues of Watch on Health Economics Literature (previously titled Doc Veille) are available online for consultation or download:

www.irdes.fr/english/documentation/watch-on-health-economics-literature.html



Reproduction sur d'autres sites interdite mais lien vers le document accepté : www.irdes.fr/documentation/veille-bibliographique-en-economie-de-la-sante.html

Any reproduction is prohibited but direct links to the document are allowed: www.irdes.fr/english/documentation/watch-on-health-economics-literature.html

Veille scientifique en économie de la santé

Directeur de la publication

Denis Raynaud

Documentalistes

Marie-Odile Safon
Véronique Suhard

Maquette & Mise en pages

Franck-S. Clérembault

Mise en ligne web

Aude Sirvain

ISSN : 2556-2827

Watch on Health Economics Literature

Publication Director

Information specialists

Design & Layout

Web publishing

Institut de recherche et documentation en économie de la santé
117bis rue Manin - 75019 Paris • Tél. : 01 53 93 43 00 • www.irdes.fr

Sommaire Contents

Assurance maladie *Health Insurance*

- 11 La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties - édition 2019**
Adjerad R., Perronnin M., Pollak C., et al.
- 11 C'est une révolution que nous ferons : Pierre Laroque et la Sécurité sociale**
Bec C. et Lochar Y.
- 11 Le droit à l'erreur, et après ? Bilan du rapport sur la Lutte contre la fraude aux prestations sociales**
Défenseur des Droits
- 12 Les données médico-administratives de l'Assurance maladie : les utilisations par la Cnam.**
Gissot C.
- 12 The Impact of Public Health Insurance on Medical Utilization in a Vulnerable Population: Evidence from COFA Migrants**
Halliday T., Akee R. Q. et Miyamura J.
- 12 Comment la base Sniiram-PMSI permet l'étude des pratiques en chirurgie**
Lukacs B.
- 12 The Impact of Revision for Coinsurance Rate for Elderly on Healthcare Resource Utilization: A Pilot Study Using Interrupted Time Series Analysis of Employee Health Insurance Claims Data**
Nishi T.
- 12 Assurance maladie complémentaire : régulation, accès aux soins et inégalités de couverture**
Pierre A.
- 13 Généralisation de la complémentaire santé d'entreprise : une évaluation ex-ante des gains et des pertes de bien-être**
Pierre A., Jusot F., Raynaud D., et al.
- 13 Quelle protection sociale pour demain ? Le grand débat national**
Renault M. C. Libault D. et al.

- 13 L'appariement d'une cohorte épidémiologique aux bases de données médico-administratives**
Zins M., Goldberg M. et et al.

Démographie *Demography*

- 14 La France dans l'Union européenne - Edition 2019**
Institut National de la Statistique et des Études Économiques

E-santé – Technologies médicale *E-Health-Medical Technologies*

- 14 Digital Waste? Unintended Consequences of Health Information Technology**
Bockerman P., Kortelainen M., Laine L. T., et al.
- 14 Rapport d'activité 2018**
Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
- 14 Does Health IT Save Money and Lives? New Evidence from Vendor Heterogeneity ?**
Lin J. et Olson M. K.
- 15 Rapport sur l'intelligence artificielle et les données de santé**
Longuet G. et Villani C.
- 15 La CNIL et l'analyse des projets de big data en santé**
Lukacs B.
- 15 Les données : protection, conditions juridiques d'accès et de traitement**
Lukacs B.
- 15 Feuille de route « Accélérer le virage numérique »**
Ministère chargé de la Santé
- 15 Santé et intelligence artificielle**
Nordlinger B., et Villani C.

16 WHO Guideline: Recommendations on Digital Interventions for Health System Strengthening

Organisation Mondiale de la Santé

16 E-Santé et addictions. Addictions : La révolution de l'e-santé. Pour la prévention, le diagnostic et la prise en charge

Thierry J. P. et Reynaud M.

16 Experiences of Medicaid Programs and Health Centers in Implementing Telehealth

Usher-Pines L., Bouskill K. E., Sousa J., et al.

Économie de la santé

Health Economics

17 Healthcare Spending Inequality: Evidence from Hungarian Administrative Data

Biro A. et Prinz D.

17 Cost Sharing and Protection Mechanisms in Health

Farfan-Portet M. I., Bouckaert N., Devries S., et al.

17 État des lieux du financement de la protection sociale

Haut Conseil du financement de la protection sociale

17 Why Do Americans Spend so Much More on Health Care Than Europeans?

He H., Huang K. et Ning L.

18 The Disability Option: Labor Market Dynamics with Macroeconomic and Health Risks

Michaud A. et Wiczer D.

18 Première estimation du nombre de personnes couvertes par les organismes privés d'assurances, par risque social

Montaut A.

18 Can People Afford to Pay for Health Care? New Evidence on Financial Protection in Europe

Thomson S., Cylus J. et Evetovits T.

État de santé

Health status

19 Système de santé et maladie rénale chronique : réflexions, débats et propositions

Baudelot C., et Combes C.

19 In Sickness and in Health? Health Shocks and Relationship Breakdown: Empirical Evidence from Germany

Bunnings C., Hafner L., Reif S., et al.

19 Profils de consommation d'alcool des adultes jeunes au XXIe siècle : nouvelles questions et nouvelles données pour la France

Choquet M., Com-Ruelle L. et al.

20 Les jeunes face à l'alcool

Choquet M., Moreau C., Le Pajolec S., et al.

20 Addressing Obesity in Europe

Observatoire Européen des Systèmes et Politiques de Santé

20 Addressing Problematic Opioid Use in OECD Countries

Organisation de coopération et de développement économiques

20 Perception du paquet de cigarettes par les fumeurs avant et après la mise en place du paquet neutre. Résultats des Baromètres de Santé publique France 2016 et 2017

Pasquereau A., Andler R., Guignard R., et al.

21 Long-Term Effect of Outdoor Air Pollution on Mortality and Morbidity: A 12-Year Follow-Up Study for Metropolitan France

Sanyal S., Rochereau T., Maesano C. N., et al.

21 L'alcool en questions

Seutin V., Scuvée-Moreau J. et Quertemont E.

21 Exploring the Causal Relation Between Obesity and Alcohol Use, and Educational Outcomes

Vuik S., Devaux M. et Cecchini M.

Géographie de la santé

Geography of Health

22 Regional Health Care Decentralization in Unitary States: Equal Spending, Equal Satisfaction?

Costa-Font J. et Turati G.

22 L'accès aux services publics dans les territoires ruraux

Cour des Comptes

22 The Impact of Decentralisation on the Performance of Health Care Systems: A Non-Linear Relationship

Dougherty S., Lorenzoni L., Marino A., et al.

Handicap

Handicap

23 How Large Is the Bias Is Self-Reported Disability?

Benitez-Silva H., Buchinsky M. et et al.

23 Le droit des personnes handicapées dans le monde : France

Devandas-Aguilar C.

Hôpital

Hospital

24 Hospital Competition in the National Health Service: Evidence from a Patient Choice Reform

Brekke K. R., Canta C., Siciliani L., et al.

24 Les soins de suite et de réadaptation entre 2008 et 2016. Forte progression de l'activité, en réponse au vieillissement de la population

Charavel C., Mauro L. et Seimandi T.

24 Le stade 2

Chêne P. et Peyromaure M.

25 Health ProspectING 2019. Comment favoriser l'intégration des soins ?

ING Belgique

25 La casse du siècle : à propos des réformes de l'hôpital public

Juven P. A., Pierru F. et Vincent F.

25 Repérer les facteurs de risque des patients hospitalisés pour un premier épisode d'accident vasculaire cérébral (AVC) et analyser les déterminants de sa gravité : l'apport des bases médico-administratives

Léandre C. et Com-Ruelle L.

26 Effects of Market Structure and Patient Choice on Hospital Quality for Planned Patients

Moscelli G., Gravelle H. et Siciliani L.

26 Dynamic Hospital Competition Under Rationing by Waiting Times

Sa L., Siciliani L. et Straume L.

26 Who Is an Efficient and Effective Physician? Evidence from Emergence Medicine

Saghafian S., Imanirad R., Traub S. J., et al.

27 Do Hospital Closures Improve the Efficiency and Quality of Other Hospitals?

Song L. D. et Saghafian S.

Inégalités de santé

Health Inequalities

27 Inequalities in Access to Healthcare. A Study of National Policies 2018

Baeten R., Spasova S., Vanhercke B., et al.

28 Genres et inégalités sociales de santé

Cultures et Santé

28 Personnes malades étrangères : des droits fragilisés, des protections à renforcer

Défenseur des droits

28 Does Facilitated Access to the Health System Improve Asylum-Seekers' Health Outcomes? Evidence from a Quasi-Experiment

Jaschke P. et Kosyakova Y.

28 Les déterminants sociaux de la santé : Un défi pour l'éthique de la décision dans le domaine des politiques de santé

Weinstock D.

Médicaments

Pharmaceuticals

29 Rapport d'information relatif aux dispositifs médicaux

Borowczyk J. et Dharreville P.

- 29 Using Routinely Collected Data to Inform Pharmaceuticals Policies: Analytical Report for OECD and UE Countries**
Organisation de Coopération et de Développement Économiques

Méthodologie - Statistique

Methodology- Statistics

- 29 Analyse textuelle avec R**
Becue-Bertaut M. et Lebart L.
- 30 Social Network Analysis Applied to Healthcare Data: Inventory, Discussion and Perspectives**
Gandre C.
- 30 Exploring Variations in the Opportunity Cost Cost-Effectiveness Threshold by Clinical Area: Results from a Feasibility Study in England**
Hernandez-Villafuente K., Zamora B., Feng Y., et al.
- 30 Décrire les abords et l'état des logements pour redresser une enquête en face-à-face. L'exemple de l'enquête santé ESPS 2014**
Legleye S., Guillaume S. et Dourgnon P.

Politique de santé

Health Politics

- 31 Observatoire sur les pratiques des lobbies de l'alcool - rapport 2018**
Association Nationale en Alcoologie et Addictologie
- 31 Analyse du plan «Ma Santé 2022, un engagement collectif?» et propositions de l'Académie nationale de médecine**
Bertrand D., Bontoux D., Plouin P. F., et al.
- 31 Système de santé : soyez consultés !**
Institut Montaigne
- 32 Plan cancer 2014-2019 : cinquième rapport au président de la République**
Institut National du Cancer
- 32 Ma santé 2022 : un engagement collectif. Où en sommes-nous des mesures d'accès aux soins dans les territoires ? Dossier d'information**
Ministère chargé de la Santé

- 32 Huit préconisations pour améliorer la pertinence en santé**
Think Tank Les Echos

Politique publique

Public policy

- 32 Politique territorialisée ou territorialisation des politiques publiques ?**
Honta M. et Lucas-Gabrielli V.
- 33 Un pognon de dingue : reconstruire l'action sociale**
Martel J. F. et Le Merrer P. p.

Prévention

Prevention

- 33 Rester en bonne santé tout au long de la vie : Bilan sur la prévention lors du 2e Comité interministériel pour la Santé**
Premier Ministre
- 34 Éducation thérapeutique du patient et maladies chroniques : Bibliographie sélective**
Cambon M.
- 34 Stratégies locales de prévention primaire et de promotion de la santé : Une étude du dispositif « Contrat Local de Santé » en France. In : l'étude CLoterres Santé et territoires**
Consortium CLoterres
- 34 Éduquer les patients, transformer les soignants**
Fournier C.
- 35 ETP : travailler en partenariat**
Fournier C.
- 35 Soigner les relations pour rapprocher. Le rôle de l'éducation thérapeutique autour de la stimulation cérébrale profonde dans le traitement de la maladie de Parkinson**
Troisoeufs A., Fournier C. et Bungener M.

Prévision – Evaluation

Prevision-Evaluation

- 35** Avis relatif à la liste des indicateurs de résultats et d'impact de la stratégie nationale de santé 2018-2022
Haut Conseil de la Santé Publique
- 36** Évaluation de la pertinence et de la cohérence du Plan national de santé publique
Haut Conseil de la Santé Publique
- 36** Santé 2030 : une analyse prospective de l'innovation en santé
Tcheng P.

Psychiatrie

Psychiatry

- 36** Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale. Tome 2 : retour d'expériences
Agence Nationale d'Appui à la Performance
- 37** Mettre en place la réhabilitation psychosociale dans les territoires
Agence Nationale d'Appui à la Performance
- 37** Outcomes for Mental Health Services. What Really Matters?
Collins B.
- 37** The Patient-Reported Experience Measure for Improving Quality of Care in Mental Health (PREMIUM) Project in France: Study Protocol for the Development and Implementation Strategy
Fernandes S., Fond G., Zendjidian X., et al.
- 37** Les soins psychiatriques sans consentement
Giloux N. et Primevert M.

Sociologie de la santé

Sociology of Health

- 38** Le pair-aidant : un nouvel acteur du travail social ? Nouveaux enjeux, nouvelle approche du soutien et de l'accompagnement
Bonnami A.

Soins primaires

Primary Healthcare

- 38** Développer la recherche dans le domaine des soins primaires : quelles questions, quelles approches ? Actes du séminaire de travail multidisciplinaire et interprofessionnel
Bardet J. D., Bouchez T., Bourgueil Y., et al.
- 39** La rémunération sur objectifs de santé publique en 2018
Caisse Nationale d'Assurance Maladie
- 39** Payments and Contracting for Integrated Care. The False Promise of the Self-Improving Health System
Collins B.
- 39** Enquête du Conseil national de l'Ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2018
Conseil National de l'Ordre des Médecins
- 40** Developing and Evaluating a Tool to Measure General Practice Productivity: A Multimethod Study
Dawson J., Rigby-Brown A., Adams L., et al.
- 40** Coopérer plus pour travailler plus : évaluation de l'expérimentation d'infirmière de pratique avancée Asalée sur l'activité du médecin généraliste
Loussouarn C., Franc C., Videau Y., et al.
- 40** La coopération avec une infirmière modifie-t-elle l'activité du médecin généraliste ? L'impact du dispositif Asalée
Loussouarn C., Franc C., Videau Y., et al.
- 41** Convenient Primary Care and Emergency Hospital Utilization
Pinchbeck T.
- 41** Vers une médecine collaborative : politique des maisons de santé pluri-professionnelles en France
Vezinat N.

Systemes de santé

Health Systems

- 41** Productivity of the English NHS: 2016/17 Update
Castelli A., Chalkley M., Gaughan J., et al.

42 Performance du système de santé belge – Rapport 2019

Devos C., Cordon A., Lefevre M., et al.

42 Euro Health Consumer Index 2018

Health Consumer Powerhouse

42 La réforme des systèmes de santé

Palier B.

42 Community Health Services

Rechel B., Spasova S., Baeten R., et al.

42 Tools and Methodologies to Assess the Efficiency of Health Care Services in Europe. Report of the Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health (EXPH)

Union Européenne

Travail et santé

Occupation Health

43 Cancers reconnus d'origine professionnelle : Évolution statistique, actions de prévention et d'accompagnement des salariés exposés

Caisse Nationale d'Assurance Maladie

43 Job Loss, Disability Insurance and Health Expenditures

Biro A. et Elek P.

43 Workers' Employment Rates and Pension Reforms in France: The Role of Implicit Labor Taxation

Blanchet D., Bozio A., Rabate S., et al.

44 Évolution 2010-2018 du burnout en Belgique et intérêt de l'utilisation conjointe de deux outils de diagnostic

Hansez I., Rusu D., Firket P., et al.

44 New Work-Limiting Health Events and Occupational Transitions Among Older Workers

Hyde J. S. et Wu A. Y.

44 The Effects of Mass Layoffs on Mental Health

Le Clainche C. et Lengagne P.

45 La sécurité et la santé au cœur de l'avenir du travail : Mettre à profit 100 ans d'expérience

Organisation Internationale du Travail

Vieillessement

Aging

45 Formal Care of the Elderly and Health Outcomes Among Adult Daughters

Abrahamsen S. A. et Grotting M. W.

45 L'implication des femmes seniors dans l'aide à un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie et dans l'aide grand-parentale

Acker D. et Bonnet C.

45 Politique de soutien à l'autonomie des personnes âgées : quelques comparaisons internationales. Note du Conseil de l'Age

Acker D. et Bonnet C.

46 L'hébergement temporaire en EHPAD. Retour d'expériences des territoires PAERPA

Agence Nationale d'Appui à la Performance

46 Mutualisation d'IDE de nuit en EHPAD - Retour d'expériences des territoires PAERPA

Agence Nationale d'Appui à la Performance

46 Rapport d'information sur le financement de la dépendance

Bonne B. et Meunier M.

47 La perte d'autonomie des personnes âgées à domicile : Quelles disparités entre départements ?

Brunel M. et Carrere A.

47 Un senior à domicile sur cinq aidé régulièrement pour les tâches du quotidien

Brunel M., Latourelle J. et Zakri M.

47 La situation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en 2017

Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

47 Les comportements de départ à la retraite

Comité d'Orientation des Retraites

48 Différences de genre face au vieillissement en bonne santé : une imbrication des dynamiques démographiques, des parcours de vie et des politiques publiques

Cambois E.

- 48 Le vieillissement des personnes en situation de handicap, opportunité d'un nouveau devenir ?**
Delporte M.
- 48 Insurance with a Deductible. A Way Out of the Long Term Care Insurance Puzzle**
Klimaviciute J. et Pestieau P.
- 49 The Influence of Old-Age Retirement on Health: Causal Evidence from the Finnish Register Data**
Kuusi T., Martikainen P. et Valkonen T.
- 49 Deux ans d'application de la loi d'adaptation de la société au vieillissement. Résultats de l'enquête trimestrielle sur l'APA à domicile en 2016-2017**
Latourelle J.
- 49 Grand âge et autonomie : concertation**
Libault D.
- 49 Santé et vieillissement : un regard comparé sur la situation des femmes et des hommes en France et en Europe**
Moisy M.
- 50 Towards Quality of Care: Outcomes for Older People in Care Homes**
Mozley C., Sutcliffe C., Bagley H., et al.
- 50 Economie du vieillissement**
Ponthiere G.
- 50 Challenges in Long-Term Care in Europe. A Study of National Policies 2018**
Spasova S., Baeten R., Coster S., et al.
- 51 Pensions de réversion ; pour une réforme unificatrice**
Sterdyniak H.

Assurance maladie

Health Insurance

► **La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties - édition 2019**

ADJERAD R., PERRONNIN M., POLLAK C., *et al.*
2019

Paris : Drees

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/la-complementaire-sante-acteurs-beneficiaires-garanties-edition-2019>

Cette deuxième édition de la complémentaire santé actualise les résultats de l'édition 2016 et décrit le champ d'intervention de la complémentaire santé, ses acteurs, et la couverture de la population française. Les effets de récentes réformes visant à améliorer l'accès à la complémentaire et à encadrer les garanties sont mis en lumière. Cette nouvelle édition s'enrichit notamment d'un bilan de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise à tous les salariés du secteur privé à partir du 1^{er} janvier 2016. Celui-ci est établi à partir de données inédites recueillies par l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE), réalisée par la Drees et l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes) en 2017, et des données administratives collectées auprès des organismes complémentaires par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR). Cette édition apporte également de nouveaux éclairages sur le développement des réseaux de soins et des surcomplémentaires et utilise une nouvelle méthode de classement des contrats s'appuyant sur les montants de remboursement d'un panier de soins pour un bénéficiaire moyen. De nombreuses données administratives ou d'enquêtes sont mobilisées. Elles sont collectées auprès des organismes complémentaires, des ménages ou encore des entreprises et de leurs salariés; celles sur les consommations de soins proviennent du Système national des données de santé (SNDS).

► **C'est une révolution que nous ferons : Pierre Laroque et la Sécurité sociale**

BEC C. ET LOCHARD Y.
2019

Lormont : Le Bord de l'eau

Pierre Laroque, conseiller d'État, fut le grand ordonnateur de la Sécurité sociale mise en place en 1945. Ce grand serviteur de l'État ne s'est pas contenté de servir des politiques; il a su tout au long de sa carrière concevoir des institutions soucieuses d'organiser la solidarité sociale et répondant à une exigence fondamentale : celle de démocratiser la « sécurité ».

► **Le droit à l'erreur, et après ? Bilan du rapport sur la Lutte contre la fraude aux prestations sociales**

DÉFENSEUR DES DROITS
2019

Paris Défenseur des Droits.

<https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/rapports/2019/03/rapport-le-droit-a-erreur-et-apres>

En septembre 2017, le Défenseur des droits publiait un rapport intitulé « Lutte contre la fraude aux prestations sociales : à quel prix pour les usagers ? », dans lequel il dénonçait les atteintes aux droits des bénéficiaires causées par le durcissement continu de la politique de lutte contre la fraude. Il constatait notamment que les larges pouvoirs accordés en la matière aux organismes chargés d'une mission de protection sociale, comme les caisses d'allocations familiales (CAF), d'assurance retraite et de santé au travail (CARSAT), du régime social des indépendants (ex- RSI), d'assurance maladie (CPAM), de mutualité sociale agricole (MSA) ou les agences de Pôle emploi pouvaient entraîner des dérives dans les procédures de contrôle, de qualification et de sanction de la fraude. Outre leurs effets parfois dramatiques sur la situation des personnes, généralement précaires, ces dérives pouvaient porter également atteinte aux principes d'égalité devant les services publics et de dignité de la personne humaine ou encore au principe du contradictoire. Au terme de son analyse, le Défenseur des droits formulait un certain nombre de recommandations destinées à renfor-

cer les droits des usagères et usagers. Quel bilan en tirer un an après ?

► **Les données médico-administratives de l'Assurance maladie : les utilisations par la Cnam.**

GISSOT C.
2018

[In: **Santé et intelligence artificielle**], Paris : CNRS éditions

► **The Impact of Public Health Insurance on Medical Utilization in a Vulnerable Population: Evidence from COFA Migrants**

HALLIDAY T., AKEE R. Q. ET MIYAMURA J.
2019

Working Paper No. 2019-1.

<https://econpapers.repec.org/paper/haewpaper/2019-1.htm>

In March of 2015, the State of Hawaii stopped covering the vast majority of migrants from countries belonging to the Compact of Free Association (COFA) in the state Medicaid program. As a result COFA migrants were required to obtain private insurance in health insurance exchanges established under the Affordable Care Act. Using statewide administrative hospital discharge data, we show that Medicaid-funded hospitalizations and emergency room visits declined in this population by 69% and 42% after the expiration of Medicaid eligibility. Utilization funded by private insurance did increase but not enough to offset the declines in publicly-funded utilization. This resulted in a net decrease in utilization. In addition, we show that uninsured ER visits increased as a consequence of the expiration of Medicaid benefits. Paradoxically, we also find a substantial increase in Medicaid-funded ER visits by infants after the expiration of benefits which is consistent with a substitution of ER visits for ambulatory care for the very young

► **Comment la base Sniiram-PMSI permet l'étude des pratiques en chirurgie**

LUKACS B.
2018

[In: **Santé et intelligence artificielle.**], Paris : CNRS éditions: 85-92. Paris : CNRS éditions: 85-92.

► **The Impact of Revision for Coinsurance Rate for Elderly on Healthcare Resource Utilization: A Pilot Study Using Interrupted Time Series Analysis of Employee Health Insurance Claims Data**

NISHI T.
2018

MPRA Paper : 86329. Munich MPRA.

<https://econpapers.repec.org/paper/prampapa/86329.htm>

Cost sharing, including copayment and coinsurance, is often used as a means of containing medical expenditure by reducing unnecessary or excessive use of health-care resources. Previous studies have reported the effects of reducing the coinsurance rate in Japan from 30% to 10% on demand for medical care among people aged 70 years. However, the coinsurance rate in Japan for individuals aged 70–74 years old has recently been increased from 10% to 20%. This study aimed to estimate the economic impact of coinsurance rate revision on health-care resource utilization using interrupted time-series analysis of employee health insurance claims data. I classified those who were born in FY 1944 and whose coinsurance rates decreased to 20% into the 10%-reduction group. It was found that the 10%-reduction group showed a lower increase of health-care utilization than the 20%-reduction group. However, no significant differences were observed in the overall and inpatient settings. The results of this study suggest that increasing the coinsurance rate among elderly people would reduce outpatient health-care resource utilization; however, it would not necessarily reduce overall health-care resource utilization.

► **Assurance maladie complémentaire : régulation, accès aux soins et inégalités de couverture**

PIERRE A.
2018

Paris Université Paris Dauphine.

<https://www.irdes.fr/enseignement/theses-et-memoires/these-pierre-aurelie-assurance-maladie-complementaire-regulation-acces-aux-soins-et-inegalites-de-couverture.pdf>

Cette thèse s'intéresse à la place de maladie privée en France dans l'organisation globale du système d'assurance sous des inégalités sociales et de la solidarité entre les bien-portants et les malades. Elle s'intéresse en particulier au rôle joué par l'assurance complémen-

taire sur l'accès aux soins, la mutualisation des de et le bien-être de la population.

► **Généralisation de la complémentaire santé d'entreprise : une évaluation ex-ante des gains et des pertes de bien-être**

PIERRE A., JUSOT F., RAYNAUD D., *et al.*
2018

Document de travail Irdes ; 75. Paris Irdes.

<http://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/075-generalisation-de-la-complementaire-sante-d-entreprise.pdf>

Depuis le 1^{er} janvier 2016, les employeurs du secteur privé ont l'obligation de proposer et de financer partiellement une complémentaire santé à tous leurs salariés. Elle s'accompagne d'une amélioration de la portabilité de cette complémentaire pour les chômeurs jusqu'à douze mois après la rupture du contrat de travail. Cette réforme a été largement soutenue par les pouvoirs publics qui souhaitent généraliser, à tous, la couverture santé par une complémentaire de qualité. Elle pose toutefois un certain nombre de questions en termes d'équité et d'efficacité. En effet, non seulement elle exclut de facto la quasi-totalité des individus sans emploi qui sont plus souvent précaires, mais en plus, elle contraint les salariés à ne pas pouvoir choisir leur niveau de couverture santé optimal au regard de leurs besoins de soins et de leurs préférences. En mobilisant le cadre théorique de l'utilité espérée, nous proposons dans ce travail de simuler les gains et les pertes de bien-être à attendre de cette réforme sur l'ensemble de la population. Nous mobilisons les données de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) de 2012, appariées aux données de remboursements de l'Assurance maladie à partir desquelles nous élaborons une situation contrefactuelle de la réforme de l'Accord national interprofessionnel (Ani). Nous tenons compte en particulier des effets indirects que cette réforme devrait induire sur le marché individuel de la complémentaire santé et sur le marché du travail, et mobilisons un indicateur subjectif des préférences des individus vis-à-vis du risque. Les résultats montrent que, lorsque l'on considère que l'Ani induira une augmentation des primes des contrats individuels et une diminution des salaires, le bien-être collectif devrait se réduire. Le gain en bien-être des salariés qui bénéficient de la réforme est en effet contrebalancé par la perte de bien-être subie par les personnes couvertes par un contrat individuel ou que la réforme oblige à s'assurer. La moitié de la population verrait son

bien-être se réduire pour seulement 7 % de gagnants. Ce sont les individus les plus fragiles, c'est-à-dire les plus pauvres et les plus âgés, qui seraient particulièrement concernés par une réduction de leur bien-être.

► **Quelle protection sociale pour demain ? Le grand débat national**

RENAULT M. C., LIBAULT D., *et al.*
2019

Saint-Etienne EN3S.

https://en3s.fr/articles-regards/Intervention-DL/CR_Grand_Debat_National_ParisVF.pdf

Ce fascicule rapporte en intégralité les échanges issus du Grand débat national organisé par l'EN3S et l'IHEPS le 7 mars 2019 à la Caf de Paris avec Agnès Buzyn, en présence des directeurs de la CNAF, de l'EN3S, de la Caf de Paris.

► **L'appariement d'une cohorte épidémiologique aux bases de données médico-administratives**

ZINS M., GOLDBERG M. ET *et al.*
2018

[In: Santé et intelligence artificielle.] Paris : CNRS éditions: 59-74.

Cet article aborde l'appariement entre les données du système national des données de santé (SNDS) et la cohorte Constances.

Demography

► **La France dans l'Union européenne
- Edition 2019**

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES
ÉTUDES ÉCONOMIQUES

2019

[Insee Références. Paris INSEE.](#)

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3902446>

Fruit de la collaboration des acteurs de la statistique publique, ce numéro de la collection Insee Références rassemble les principales données économiques et sociales, harmonisées par Eurostat, permettant de situer la France par rapport à ses partenaires européens.

E-santé – Technologies médicale

E-Health-Medical Technologies

► **Digital Waste? Unintended Consequences
of Health Information Technology**

BOCKERMAN P., KORTELAINEN M., LAINE L. T., *et al.*

2019

[VATT Working Papers 117/2019. Helsinki Vatt
Institute for Economic Research.](#)

<https://www.doria.fi/handle/10024/168182>

We exploit a large-scale natural experiment - the rollout of a nationwide electronic prescribing system in Finland - to study how digitization of prescriptions affects pharmaceutical use and health outcomes. We use comprehensive administrative data from patients treated with benzodiazepines, which are globally popular, effective but addictive psychotropic medications. We find no impact on benzodiazepine use on average, but among younger patients e-prescribing increases repeat prescription use. Younger patients' health outcomes do not improve but adverse outcomes, such as prescription drug abuse disorders and suicide attempts, increase dramatically. Improving access to medication through easier ordering may thus increase medication overuse.

► **Rapport d'activité 2018**

COMMISSION NATIONALE DE L'INFORMATIQUE ET
DES LIBERTÉS

2019

[Paris CNIL.](#)

https://www.cnil.fr/sites/default/files/atoms/files/cnil-39e_rapport_annuel_2018.pdf

L'entrée en application du RGPD a marqué une prise de conscience inédite des enjeux de protection des données auprès des professionnels et des particuliers. Cela s'est logiquement traduit par une augmentation considérable des plaintes adressées à la CNIL, avec une tendance à la hausse qui s'installe. La CNIL a aussi reçu un afflux de demandes d'information de la part des professionnels souhaitant s'approprier ce nouveau cadre, et ce, tous canaux confondus.

► **Does Health IT Save Money and Lives?
New Evidence from Vendor Heterogeneity
?**

LIN J. ET OLSON M. K.

2019

[Tulane Tulane University.](#)

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3341796

We examine how vendor heterogeneity and the timing of adoption affect EMR performance in U.S. hos-

pitals. Although government has invested billions to incentivize health information technology, there is little evidence showing that it is producing the anticipated effects. Based on a national sample and an IV approach, we find that the impact of EMR adoption on Medicare payments and 30-day mortality varies substantially by vendor. Not all certified EMRs lead to cost savings and/or improved outcomes. Our results suggest that vendor difference matters and offer evidence to help inform the policy debate over government incentive programs for health IT adoption.

► **Rapport sur l'intelligence artificielle et les données de santé**

LONGUET G. ET VILLANI C.

2019

Paris Sénat, Paris Assemblée Nationale.

<http://www.senat.fr/notice-rapport/2018/r18-401-notice.html>

L'audition publique organisée par l'Office le 21 février 2019, sous forme de deux tables rondes, sur l'intelligence artificielle et les données de santé a montré combien la mise en œuvre de la stratégie nationale pour l'intelligence artificielle dans le domaine de la santé passe par une organisation adaptée de la collecte des données et par la régulation de leurs modalités d'accès et d'utilisation. Production, partage et protection des données comptent parmi les enjeux essentiels de leur bonne utilisation à des fins diagnostiques et thérapeutiques, dans une relation de confiance avec les individus, sans laquelle rien ne sera possible. L'Office présente des propositions pour une organisation efficace et contrôlée de la collecte et de l'utilisation des données de santé, dans la perspective de la discussion du projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé en cours d'examen par le Parlement.

► **La CNIL et l'analyse des projets de big data en santé**

LUKACS B.

2018

[In: Santé et intelligence artificielle.] Paris : CNRS éditions: 347-352.

► **Les données : protection, conditions juridiques d'accès et de traitement**

LUKACS B.

2018

[In: Santé et intelligence artificielle.] Paris : CNRS éditions: 333-346.

► **Feuille de route «Accélérer le virage numérique »**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ

2019

Paris : Ministère chargé de la santé

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/190425_dossier_presse_masante2022_ok.pdf

Ce dossier de presse présente la feuille de route de la politique du numérique en santé définie dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé : « Ma Santé 2022 ». À cette occasion, la Ministre a annoncé la nomination de Dominique Pon et Laura Létourneau, respectivement responsable et déléguée ministériels de la Délégation ministérielle du numérique en santé. Ils auront en charge la gouvernance de la e-santé, sanitaire, médico-sociale et sociale, à travers le pilotage des 5 grandes orientations de la feuille de route : Renforcer la gouvernance du numérique en santé; Intensifier la sécurité et l'interopérabilité des systèmes d'information en santé; Accélérer le déploiement des services numériques socles; Déployer au niveau national des plateformes numériques de santé; Soutenir l'innovation et favoriser l'engagement des acteurs

► **Santé et intelligence artificielle**

NORDLINGER B., ET VILLANI C.

2018

Paris : CNRS éditions

Renouveler et perfectionner l'interprétation des images, modéliser la croissance des tumeurs, prédire la réponse aux traitements administrés, augmenter les performances en radiologie, en anatomie pathologique, en dermatologie, tirer parti des données génétiques pour comprendre les maladies, développer la médecine de précision, constituer des recueils de données d'une richesse jusqu'ici inaccessible : toutes choses qui, en médecine, deviennent possibles grâce à l'intelligence artificielle. Cette révolution des pra-

tiques suppose un renouvellement de la formation des professionnels de santé, et pose un certain nombre de défis : défi technique et technologique posé par la taille des données, défi éthique et légal, pour protéger les données personnelles, défi de la confiance, pour convaincre les acteurs de surmonter leurs réticences. Mathématiciens modélisateurs et analystes, informaticiens, statisticiens, cancérologues, chirurgiens, onco-généticiens, sociologues, administrateurs hospitaliers, juristes, ont apporté leur contribution pour offrir au lecteur une information claire, objective et raisonnée, loin des fantasmes que le sujet peut susciter.

► **WHO Guideline: Recommendations on Digital Interventions for Health System Strengthening**

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
2018

Genève OMS.

<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/digital-interventions-health-system-strengthening/en/#>

The key aim of this guideline is to present recommendations based on a critical evaluation of the evidence on emerging digital health interventions that are contributing to health system improvements, based on an assessment of the benefits, harms, acceptability, feasibility, resource use and equity considerations. This guideline urges readers to recognize that digital health interventions are not a substitute for functioning health systems, and that there are significant limitations to what digital health is able to address.

► **E-Santé et addictions. Addictions : La révolution de l'e-santé. Pour la prévention, le diagnostic et la prise en charge**

THIERRY J. P. ET REYNAUD M.
2019

Paris MILDECA

<https://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/rapport-e-sante-2019-num-v4.pdf>

Les conduites addictives constituent un défi majeur pour notre société nécessitant une forte mobilisation de tous les acteurs à travers un discours de vérité, adossé à des données scientifiques solides. La lutte contre les drogues et les conduites addictives doit

s'harmoniser avec les nouvelles technologies : l'expérience accumulée, les développements récents de l'informatique (IA, Big Data, etc.) ou encore l'avènement de la santé mobile modifient profondément le paysage. Ce rapport propose un panorama et une première analyse des bénéfices attendus de l'e-Santé pour les personnes souffrant d'addiction. Pour les auteurs du rapport, les outils numériques offrent de nouvelles opportunités pour l'accompagnement des patients et peuvent facilement permettre un saut qualitatif dans la prévention et la prise en charge des addictions. L'e-Santé permet ainsi de répondre à de nouveaux enjeux, notamment en matière de démocratie sanitaire, en mobilisant plus efficacement de nouveaux acteurs (tels que les associations de patients, les patients-experts, les psychologues, les préventeurs, etc.) et peut également être une réponse précieuse aux problématiques d'aménagement du territoire en matière d'accès aux soins.

► **Experiences of Medicaid Programs and Health Centers in Implementing Telehealth**

USHER-PINES L., BOUSKILL K. E., SOUSA J., *et al.*
2019

Santa Monica The Rand.

www.rand.org/pubs/research_reports/RR2564.html

Telehealth is underutilized by safety-net providers due to a range of policy, organizational, and logistical barriers. This research facilitates state-to-state learning to inform both Medicaid policy and Medicare policy and provide lessons learned.

Health Economics

► Healthcare Spending Inequality: Evidence from Hungarian Administrative Data

BIRO A. ET PRINZ D.
2019

Discussion Paper MT-DP – 2019/9. Budapest Hungarian Academy of Sciences.

<http://www.mtaki.hu/wp-content/uploads/2019/03/MTDP1909.pdf>

Using administrative data on incomes and healthcare spending, we develop new evidence on the distribution of healthcare spending in Hungary. We document substantial geographic heterogeneity and a positive association between income and public health-care spending.

► Cost Sharing and Protection Mechanisms in Health

FARFAN-PORTET M. I., BOUCKAERT N., DEVRIES S.,
et al.
2018

KCE Report; 309. Bruxelles KCE.

<https://kce.fgov.be/fr/impact-global-et-effet-redistributif-des-mesures-de-protection-sociale-en-mati%C3%A8re-de-co%C3%BAts-de-sant%C3%A9>

Le partage des coûts entre l'assurance maladie et le patient est une des caractéristiques du système d'assurance maladie belge. Ce rapport technique utilise une modélisation par micro-simulation pour évaluer les conséquences budgétaires des récentes propositions du gouvernement visant à modifier les mécanismes de partage des coûts et de protection sociale. Le rapport comprend 54 sections, chacune avec des tableaux résumant les résultats spécifiques.

► État des lieux du financement de la protection sociale

HAUT CONSEIL DU FINANCEMENT DE LA
PROTECTION SOCIALE
2019

Paris HCFi-PS

http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/2019-05-10_hcfips_etat_des_lieux_actualise.pdf

La présente note s'inscrit dans la continuité du rapport conséquent que le Haut conseil avait publié en mai 2018, et décrit la situation telle qu'elle découle de l'adoption des lois financières pour 2019 et de la loi portant mesures d'urgence économiques et sociales adoptée en décembre 2018.

► Why Do Americans Spend so Much More on Health Care Than Europeans?

HE H., HUANG K. ET NING L.
2019

Working paper ;19-00008. Nashville Vanderbilt University.

<https://ideas.repec.org/p/van/wpaper/vuecon-sub-19-00010.html>

Empirical evidence shows that both leisure and medical care are important for maintaining health. And taxation may affect the allocation of these two inputs. We build a life-cycle overlapping-generations model in which taxation and relative health care price are key determinants of the composition of the two inputs in the endogenous accumulation of health capital. In the model, a lower tax wedge leads to using relatively more medical care and less leisure in maintaining health, while a higher relative health care price implies an opposite substitution in quantity (away from medical care towards leisure) that weakens the direct bearing of the higher price on overall health spending. We show that differences in taxation and in relative health care price between the US and Europe can jointly account for a bulk of their differences in health expenditure- GDP ratio and in leisure time allocated for health production, with the taxation channel playing a quantitatively more significant role.

► **The Disability Option: Labor Market Dynamics with Macroeconomic and Health Risks**

MICHAUD A. ET WICZER D.

2018

University of Western Ontario, Centre for Human Capital and Productivity (CHCP) Working Papers; No 20187. London CHCP.

<https://econpapers.repec.org/paper/uwohcuwoc/20187.htm>

We evaluate the contribution of changing macroeconomic conditions and demographics to the increase in Social Security Disability Insurance (SSDI) over recent decades. Within our quantitative framework, multiple sectors differentially expose workers to health and economic risks, both of which affect individuals' decisions to apply for SSDI. Over the transition, falling wages at the bottom of the distribution increased awards by 27% in the 1980s and 90s and aging demographics rose in importance thereafter. The model also implies two-thirds of the decline in working-age male employment from 1985 to 2013, three-fourths of which eventually goes on SSDI.

► **Première estimation du nombre de personnes couvertes par les organismes privés d'assurances, par risque social**

MONTAUT A.

2019

Études Et Résultats (Drees)(1101)

En 2016, les organismes complémentaires, mutuelles, sociétés d'assurances et institutions de prévoyance, ont perçu 70 milliards d'euros de cotisations au titre des risques sociaux. Ils ont versé 51 milliards d'euros de prestations à ce titre, ce qui représente plus d'un quart de leurs activités. Huit organismes sur dix gèrent des contrats couvrant des risques sociaux. Si les masses de cotisations perçues et de prestations versées sont bien connues, le nombre de personnes couvertes et servies par type de risques l'est beaucoup moins, notamment pour des risques dont la couverture est plus récente comme la dépendance. La Drees en propose pour la première fois une estimation. Celle-ci met en évidence l'ampleur du phénomène de multi-couverture pour certains risques, aboutissant à des estimations assez larges. Ainsi, en 2016, entre 23 et 30 millions de personnes seraient couvertes en cas d'invalidité pour 0,3 à 0,4 million de bénéficiaires servis. Pour d'autres risques, la multi-couverture est a priori plus rare,

comme les risques retraite, décès par capitalisation ou dépendance. 10,4 millions de personnes seraient couvertes pour la retraite supplémentaire pour 2,2 millions de bénéficiaires servis. 4,8 millions de personnes seraient couvertes à titre principal contre le risque de dépendance.

► **Can People Afford to Pay for Health Care? New Evidence on Financial Protection in Europe**

THOMSON S., CYLUS J. ET EVETOVITS T.

2019

Copenhague OMS Bureau régional de l'Europe.

<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/can-people-afford-to-pay-for-health-care-new-evidence-on-financial-protection-in-europe-2019>

Les paiements directs pour les soins de santé peuvent constituer un obstacle financier à l'accès aux soins, ce qui entraîne des besoins non satisfaits ou provoque des difficultés financières chez les usagers des services de santé. Ce rapport compile pour la première fois des données sur les besoins non satisfaits et les difficultés financières afin d'évaluer dans quelle mesure les habitants de la région européenne peuvent se permettre les soins de santé. S'appuyant sur les contributions d'experts nationaux de 24 pays, le rapport révèle que les difficultés financières varient considérablement en Europe, et que la situation peut être améliorée, même dans les pays à revenu élevé qui garantissent à l'ensemble de leur population l'accès à des services de santé financés par des fonds publics. Les dépenses de santé catastrophiques concernent surtout les ménages les plus pauvres dans tous les pays couverts par l'étude et, là où la protection financière est relativement faible, sont principalement dues aux paiements directs à la charge du patient afin de se procurer des médicaments pour les soins ambulatoires. Out-of-pocket payments for health can create a financial barrier to access, resulting in unmet need, or lead to financial hardship for people using health services. This report brings together for the first time data on unmet need and financial hardship to assess whether people living in Europe can afford to pay for health care. Drawing on contributions from national experts in 24 countries, the report shows that financial hardship varies widely in Europe, and that there is room for improvement even in high-income countries that provide the whole population with access to publicly financed health services. Catastrophic health spending is heavily concentrated

among the poorest households in all of the countries in the study. Where financial protection is relatively weak,

catastrophic spending is mainly driven by out-of-pocket payments for outpatient medicines.

État de santé

Health status

► **Système de santé et maladie rénale chronique : réflexions, débats et propositions**

BAUDELLOT C., ET COMBES C.

2018

Paris : Editions de Santé

<http://www.sciencespo.fr/chaire-sante/content/systeme-de-sante-et-maladie-renale-chronique-reflexions-debats-et-propositions>

Cet ouvrage est une synthèse du séminaire d'analyse organisé par la Chaire santé de Sciences Po, en collaboration avec les associations de patients Renaloo et France Rein, et avec la Société Francophone de Néphrologie, Dialyse, Transplantation (SFNDT) sur la problématique de la maladie rénale chronique et de sa prise en charge par le système de santé.

► **In Sickness and in Health? Health Shocks and Relationship Breakdown: Empirical Evidence from Germany**

BUNNINGS C., HAFNER L., REIF S., *et al.*

2019

FAU Discussion Paper in Economics ; 03/2019.
Leibniz Leibniz Information Centre for Economics.

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:zbw:iwqwdp:032019&r=hea>

From an economic perspective, marriage and long-term partnership can be seen as a riskpooling device. This informal insurance contract is, however, not fully enforceable. Each partner is free to leave when his or her support is needed in case of an adverse life event. An adverse health shock is a prominent example for such events. Since relationship breakdown itself is an extremely stressful experience, partnership may backfire as informal insurance against health risks, if health shocks increase the likelihood of relationship breakdown. We address this question empirically, using survey data from Germany. Results from various

matching estimators indicate that adverse shocks to mental health substantially increase the probability of a couple splitting up over the following two years. In contrast, there is little effect of a sharp decrease in physical health on relationship stability. If at all, physical health shocks that hit both partners simultaneously stabilize a relationship.

► **Profils de consommation d'alcool des adultes jeunes au XXI^e siècle : nouvelles questions et nouvelles données pour la France**

CHOQUET M., COM-RUELLE L. *ET et al.*

2019

[In: **Les jeunes face à l'alcool**], Toulouse : Erès: 115-152.

L'objectif principal de cette étude est de décrire sous forme illustrée la consommation d'alcool des jeunes adultes de 18 à 30 ans, comparativement aux jeunes de 16 à 17 ans et à leurs aînés, et d'en dessiner l'évolution sur douze ans. Cette analyse descriptive sera poursuivie, dans un second temps, par une analyse explicative pour en comprendre les déterminants, afin de pouvoir apporter des pistes en matière de prévention. Les données sont issues de l'Enquête européenne (European Health Interview Survey - EHIS) menée en 2014 et des précédentes enquêtes santé françaises bisannuelles (Enquêtes santé et protection sociale - ESPS) depuis 2002.

► Les jeunes face à l'alcool

CHOQUET M., MOREAU C., LE PAJOLEC S., *et al.*
2019

Toulouse : Erès

Pourquoi la consommation d'alcool augmente-t-elle chez les 18-30 ans alors qu'il y a une tendance à la baisse pour tous les autres groupes d'âge? Des spécialistes reconnus de différentes disciplines scientifiques croisent leurs regards afin d'identifier les facteurs de vulnérabilité et les modes de protection spécifiques à cette période de la vie.

► Addressing Obesity in Europe

OBSERVATOIRE EUROPÉEN DES SYSTÈMES ET
POLITIQUES DE SANTÉ
2019

Eurohealth 25(1)

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/400516/_EuroHealth_v25n1_WEB_12April.pdf

Everyone is affected by obesity - across Europe, across all ages and across social groups. In this issue, we look to public health organisations throughout Europe and examine the ways they are recognising and addressing obesity. Eurohealth Observer – The role of public health organisations in addressing obesity in Europe; Eurohealth International - Childhood obesity in Europe and policies to address it; Eurohealth Systems and Policies - Obesity in England: a big issue requiring bold solutions, Obesity – an increasing public health problem in Germany, Tackling the obesity challenge in Italy, Addressing obesity in the Republic of Moldova, Obesity in Poland – Public health activities; and Eurohealth Monitor.

► Addressing Problematic Opioid Use in OECD Countries

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE
DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES
2019

Paris OCDE

https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/addressing-problematic-opioid-use-in-oecd-countries_a18286f0-en

Over the past few years, Canada and the United States have been experiencing an opioid crisis as a result of

problematic opioid use fueled by the emergence of synthetic opioids such as fentanyl and carfentanyl. Problematic opioid use is also spreading in other OECD countries, due to the upward trend of prescription opioid use and the complexities of the illegal drug supply. This report presents evidence on the magnitude of problematic opioid use across OECD countries, describes the main drivers, and identifies a set of policy actions to address them. The report highlights the opioid crisis as a complex public health issue that requires a comprehensive approach across all sectors, including health, social services, and law enforcement. Strong health information systems are also needed, particularly data and research. Preventing problematic opioid use requires a combination of policies that ensure more information is provided to patients and health care practitioners, while providing access to appropriate pain management treatment for patients. A public health approach to problematic opioid use must incorporate socio-economic considerations (e.g. employment and housing), which also need to be addressed to prevent problematic substance use in general.

► Perception du paquet de cigarettes par les fumeurs avant et après la mise en place du paquet neutre. Résultats des Baromètres de Santé publique France 2016 et 2017

PASQUEREAU A., ANDLER R., GUIGNARD R., *et al.*
2019

Études et Enquêtes. Saint Maurice Santé Publique France

<https://www.santepubliquefrance.fr/Actualites/Perception-du-paquet-de-tabac-neutre-par-les-fumeurs-barometres-2016-et-2017>

Recommandé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) depuis 2008, le conditionnement neutre des produits du tabac a été rendu obligatoire en France pour les paquets mis en vente à partir du 1^{er} janvier 2017. Cette mesure a été accompagnée d'un agrandissement des avertissements sanitaires. Le Baromètre de Santé publique France (éditions 2016 et 2017) apporte des éléments de réponse à cette question, en comparant les perceptions des fumeurs avant l'introduction du nouveau paquet (2016) et après. (2017). Pour cela, deux indicateurs ont été utilisés : le fait que l'aspect du paquet que les fumeurs achètent habituellement leur plaît, et la gêne qu'ils ont à sortir leur paquet à cause de son aspect. En résumé, le nouveau conditionnement

des produits du tabac a eu un impact sur la perception par les fumeurs de leurs paquets de cigarettes et a probablement contribué, dans un contexte anti tabac particulièrement fort, à dénormaliser encore un peu plus les produits du tabac en France.

► **Long-Term Effect of Outdoor Air Pollution on Mortality and Morbidity: A 12-Year Follow-Up Study for Metropolitan France**

SANYAL S., ROCHEREAU T., MAESANO C. N., *et al.*
2018

International Journal of Environmental Research and Public Health 15: 1-8.

<https://www.mdpi.com/1660-4601/15/11/2487>

Short-term effects of air pollution are documented more than long-term effects. We investigated 12-year impacts of ambient air pollutants on cardiovascular and respiratory morbidity and mortality at the departmental level in metropolitan France.

► **L'alcool en questions**

SEUTIN V., SCUVÉE-MOREAU J. ET QUERTEMONT E.
2015

Bruxelles : Éditions Margada

L'alcoolisme est-il héréditaire ? Combien l'alcool coûte/rapporte-t-il à la société ? Peut-on guérir de l'alcoolisme ?... Ce livre a pour but de démont(r)er certaines idées reçues sur l'alcool et d'apporter des réponses aux questions que chacun se pose. Les auteurs ne se bornent pas à répondre par vrai ou faux, ils fournissent les explications, appuyées sur l'état des connaissances scientifiques actuelles, qui permettent d'infirmier ou de confirmer ces idées reçues ou de répondre à ces questions. Ils nuancent le propos lorsque la réponse n'est pas de l'ordre du tout ou rien. Il est indéniable que l'excès d'alcool est nuisible à la santé. Il existe cependant une littérature scientifique démontrant des effets positifs sur la santé de la consommation en quantités modérées de certaines boissons alcoolisées. Ce mélange d'effets positifs et négatifs explique que le public a développé une relation d'amour-haine avec l'alcool. Ainsi, les abstinents complets sont parfois qualifiés de rabat-joie. Les alcooliques chroniques (5 à 10 % des occidentaux, selon les études épidémiologiques) sont, quant à eux, souvent trop vite jugés. Ce qui est certain c'est que l'alcool-dépendance est

source de beaucoup de souffrances pour la personne et son entourage. Ces 41 réponses à des questions sur l'alcool visent à donner des balises au lecteur, littérature scientifique à l'appui.)

► **Exploring the Causal Relation Between Obesity and Alcohol Use, and Educational Outcomes**

VUIK S., DEVAUX M. ET CECCHINI M.
2019

OECD Health Working Papers; 109. Paris OCDE.

https://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/exploring-the-causal-relation-between-obesity-and-alcohol-use-and-educational-outcomes_7bcd4669-en

Two of the most important health risk factors for children and young adults are obesity and alcohol use. These risk factors are known to affect health and wellbeing, but may also have an impact on educational outcomes. The objective of this study was to assess a potential causal relationship between obesity or alcohol use, and educational outcomes, in Germany, the Netherlands, New Zealand, the Russian Federation, the United Kingdom, and the United States. Longitudinal data from cohort studies was used to establish temporal precedence. To ensure the absence of alternative explanations, regression models were adjusted for known confounders; instrumental variables were used to address endogeneity caused by reverse causality and potential unobserved confounders; and fixed effects analyses were used to correct for unobserved time-invariant confounders. The results suggest that the presence of obesity during childhood, as well as alcohol consumption during childhood, can have a negative impact on educational performance and future educational attainment. L'obésité et la consommation d'alcool sont deux des facteurs de risque les plus importants pour la santé des enfants et des jeunes adultes. On sait que ces facteurs de risque affectent la santé et le bien-être, mais ils peuvent aussi avoir un impact sur les résultats scolaires. L'objectif de cette étude était d'évaluer un lien de causalité potentiel entre l'obésité ou la consommation d'alcool et les résultats scolaires en Allemagne, aux Pays-Bas, en Nouvelle-Zélande, en Fédération de Russie, au Royaume-Uni et aux États-Unis. Les données longitudinales d'études de cohorte ont été utilisées pour établir la hiérarchie temporelle. Pour assurer l'absence d'autres explications, les modèles de régression ont été ajustés par rapport aux facteurs de confusion connus;

des variables instrumentales ont été utilisées pour traiter l'endogénéité causée par une causalité inverse et d'éventuels facteurs de confusion non observés; des analyses à effets fixes ont également été utilisées pour corriger les facteurs de confusion invariants non obser-

vés dans le temps. Les résultats suggèrent que l'obésité et la consommation d'alcool pendant l'enfance peuvent avoir un impact négatif sur les performances et le futur niveau d'éducation.

Géographie de la santé

Geography of Health

► **Regional Health Care Decentralization in Unitary States: Equal Spending, Equal Satisfaction?**

COSTA-FONT J. ET TURATI G.

2018

Regional Studies 52(7): 974-985

<http://eprints.lse.ac.uk/83690/>

Does regional decentralization threaten the commitment to regional equality in government outcomes? We attempt to shed light on this question by drawing on unique evidence from the largest European unitary states to have engaged in countrywide health system decentralization: Italy and Spain. We estimate, decompose, and run counterfactual analysis of regional inequality in government output (health expenditure per capita) and outcome (health system satisfaction) during the expansion of health care decentralization in both countries. We find no evidence of an increase in regional inequalities in outcomes and outputs in the examined period. Inequalities are accounted for by differences in health system design and management by regional governments.

► **L'accès aux services publics dans les territoires ruraux**

COUR DES COMPTES

2019

Paris Cour des comptes.

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/laces-aux-services-publics-dans-les-territoires-ruraux>

À la demande du comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de l'Assemblée nationale, la Cour des comptes a réalisé une enquête sur l'accès aux services publics dans les territoires ruraux. Son rapport

est accompagné de cahiers territoriaux analysant la situation dans des intercommunalités de l'Aisne, de l'Ardèche, du Cher, de la Corrèze, de la Côte-d'Or, de la Creuse, de la Haute-Saône et des Vosges. L'offre de services dans les territoires en déclin démographique doit évoluer pour correspondre aux nouveaux besoins qui s'y manifestent, et ainsi permettre de garantir l'égal accès aux services publics sur l'ensemble du territoire, étant entendu que l'accès physique au service public ne garantit pas la qualité du service offert à l'utilisateur.

► **The Impact of Decentralisation on the Performance of Health Care Systems: A Non-Linear Relationship**

DOUGHERTY S., LORENZONI L., MARINO A., *et al.*

2019

OECD Working Papers on fiscal federalism; 27. Paris OCDE.

This paper examines the relationship between the degree of administrative decentralisation across levels of government in health care decision-making and health care spending, life expectancy as well as hospital costs. This empirical analysis builds on previous analytical research carried out by the OECD (Lorenzoni, Murtin *et al.*, 2018; Lorenzoni and Marino, 2017), both of which established new methodological tools to analyse health sector performance. The present analysis extends this framework to examine the impact of centralisation versus decentralisation of responsibilities across levels of government, making use of newly collected data on governance and expenditure assignment, as well as non-linear empirical specifications. Cette note présente les conclusions d'analyses empiriques visant à étudier la relation entre le degré de décentralisation des prises de décisions concernant

la santé entre les différents échelons de l'administration d'une part et les dépenses de santé, l'espérance de vie et les coûts du système hospitalier d'autre part. Ces analyses empiriques s'appuient sur des analyses antérieures réalisées par l'OCDE (Lorenzoni, Murtin et al., 2018; Lorenzoni et Marino, 2017), qui ont toutes deux permis d'établir de nouveaux outils méthodologiques pour analyser les performances du secteur de la santé.

La présente analyse permet d'élargir ce cadre à l'examen de l'impact de la centralisation, ou au contraire, de la décentralisation, entre les différents échelons de l'administration, à l'aide de données récemment collectées sur la gouvernance et les affectations de dépenses, et en s'appuyant sur l'utilisation empirique de spécifications non linéaires.

Handicap

Handicap

► How Large Is the Bias In Self-Reported Disability?

BENITEZ-SILVA H., BUCHINSKY M. ET *et al.*
2019

NBER Working Paper ; 7526. Cambridge NBER.

A pervasive concern with the use of self-reported health and disability measures in behavioral models is that they are biased and endogenous. A commonly suggested explanation is that survey respondents exaggerate the severity of health problems and incidence of disabilities in order to rationalize labor force non-participation, application for disability benefits and/or receipt of those benefits. This paper re-examines this issue using a self-reported indicator of disability status from the Health and Retirement Survey. Using a bivariate probit model we test and are unable to reject the hypothesis that the self-reported disability measure is an exogenous explanatory variable in a model of individual's decision to apply for DI benefits or Social Security Administration's decision to award benefits. We further study a subsample of individuals who applied for Disability Insurance and Supplemental Security Income benefits from the Social Security Administration (SSA) for whom we can also observe SSA's award/deny decision. For this subsample we test and are unable to reject the hypothesis that self-reported disability is health and socio-economic characteristics similar to the information used by the SSA in making its award decisions. The unbiasedness restriction implies that these two variables have the same conditional probability distributions. Thus, our results indicate that disability applicant do not exaggerate their disability status at least in anonymous surveys such as the HRS. Indeed, our results are con-

sistent with the hypothesis that disability applicants are aware of the criteria and decision rules that SSA uses in making awards and act as if they were applying these same criteria and rules when reporting their own disability status.

► Le droit des personnes handicapées dans le monde : France

DEVANDAS-AGUILAR C.
2019

Genève ONU.

<https://www.bastamag.net/IMG/pdf/devandasrapfrance201903.pdf>

Ce rapport de la rapporteuse de l'Onu sur les droits des personnes handicapées recommande d'inscrire l'autonomie de vie et l'inclusion dans la société des personnes en situation de handicap au rang des priorités. Mais elle déplore que l'accent soit mis sur la prise en charge de l'incapacité alors que les efforts devraient converger vers une transformation de la société et du cadre de vie ». Or l'Unafam et Santé Mentale France soutiennent qu'il ne peut y avoir de transition vers une société inclusive sans une réforme en profondeur de l'accès aux compensations. Rares, en effet, sont les personnes en situation de handicap psychique qui accèdent à la prestation de compensation du handicap (PCH). Or la PCH est une aide sociale destinée à financer les aides à domicile, soutien indispensable pour l'accès et le maintien dans le logement. La « transition inclusive » ne peut se concevoir sans une aide à la vie quotidienne qui garantisse un parcours sécurisé, un accompagnement vers l'autonomie, une qualité de

vie et une participation à la vie sociale et citoyenne. Le rapport demande donc que des travaux s'engagent rapidement pour une prestation de compensation renouvelée. Celle-ci doit être adaptée aux réalités des

besoins des personnes en situation de handicap psychique, qui représentent 20 % des personnes handicapées. C'est là un enjeu majeur de santé publique pour une société réellement inclusive.

Hospital

► **Hospital Competition in the National Health Service: Evidence from a Patient Choice Reform**

BREKKE K. R., CANTA C., SICILIANI L., et al.

2018

NIPE Working Paper. Braga University of Minho.

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:nip:nipewp:19/2018&r=hea>

We study the impact of exposing hospitals in a National Health Service (NHS) to non-price competition by exploiting a patient choice reform in Norway in 2001. The reform facilitates a difference-in-difference research design due to geographical variation in the scope for competition. Using rich administrative data covering the universe of NHS hospital admissions from 1998 to 2005, we find that hospitals in more competitive areas have a sharper reduction in AMI mortality, readmissions, and length of stay than hospitals in less competitive areas. These results indicate that competition improves patient health outcomes and hospital cost efficiency, even in the Norwegian NHS with large distances, low fixed treatment prices, and mainly public hospitals.

► **Les soins de suite et de réadaptation entre 2008 et 2016. Forte progression de l'activité, en réponse au vieillissement de la population**

CHARAVEL C., MAURO L. ET SEIMANDI T.

2018

Dossiers De La Drees (Les)(30)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/article/les-soins-de-suite-et-de-readaptation-entre-2008-et-2016-forte-progression-de-l>

Depuis 2008, l'activité des établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) a augmenté de 16 %, atteignant 37,9 millions de journées en 2016 pour plus d'un million de patients. Cette augmentation s'explique surtout par le vieillissement de la population qui accroît la demande en SSR. L'augmentation de l'activité est particulièrement importante dans les cliniques privées, qui concentrent 34 % de l'activité en 2016, contre 30 % en 2008. Les établissements de SSR ont fait face à cette évolution en ouvrant des lits et places (+13 % en 8 ans) et en les mobilisant de manière plus intensive, avec un taux d'occupation des lits accru (+3 points). Ils ont également développé les alternatives à l'hospitalisation complète. L'hospitalisation partielle a ainsi connu une croissance rapide : en 8 ans, le nombre de journées a augmenté de 74 % (contre 11 % en hospitalisation complète). La part de l'hospitalisation partielle dans l'activité totale est passée de 7 % à 10 %. Des disparités territoriales de capacités d'accueil subsistent encore, mais se résorbent peu à peu. Cette homogénéisation de l'offre territoriale de SSR fait écho à l'un des objectifs visés par la réforme de 2008.

► **Le stade 2**

CHÊNE P. ET PEYROMAURE M.

2019

Paris : Plon

En 2017, sans prévenir, sont entrés dans le quotidien de Patrick Chêne des mots jusque-là étrangers : scanner, ganglions, tumeur, cancer, chimiothérapie, ablation... Pendant l'hiver on lui administre quatre lourdes séances de chimiothérapie. Au printemps, il doit subir une lourde opération pour traiter son cancer. Lorsqu'à l'automne, l'homme de télévision rend publique cette très douloureuse période en mettant en avant l'extraordinaire bienveillance des personnels

de santé, la vidéo de ses confidences est vue plus de huit millions de fois par les internautes. Ses échanges avec le Professeur Peyromaure vont faire naître chez Patrick Chêne l'idée d'un livre écrit à deux mains avec l'homme qui lui a sauvé la vie. Un ouvrage qui dépasse la simple introspection pour prendre une dimension plus éthique et sociétale. Il est le récit du quotidien d'un malade ainsi qu'un plaidoyer pour l'avenir de la médecine publique. Le discours est sans concession. Tout est dénoncé : de la démission des médecins face à la prise de pouvoir des administratifs jusqu'à l'attitude parfois irresponsable des malades. Tandis qu'on accompagne Patrick Chêne dans le monde des malades, qu'on s'émeut avec lui des moments de grâce vécus en famille, des instants de doute extrême ou de rencontres inattendues, on évoque avec le Professeur tous les sujets qui fâchent à l'hôpital.

► **Health ProspectING 2019. Comment favoriser l'intégration des soins ?**

ING BELGIQUE

2019

Bruxelles ING Belgique.

<https://www.ing.be/fr/business/my-business/innovation/Health-ProspectING-2019>

Cette édition 2019 de Health ProspectING est articulée autour des thèmes centraux de l'intégration et de la continuité des soins entre les hôpitaux et leurs partenaires du système des soins de santé. Ces thèmes, qui figurent au cœur de la réforme du secteur hospitalier tant en Europe qu'en Belgique, sont une condition essentielle à la prise en charge pertinente du patient. L'étude évoque les pistes de réflexion actuelles, examine les solutions mises en place dans un certain nombre de pays et expose celles qui peuvent être une source d'inspiration pour la Belgique.

► **La casse du siècle : à propos des réformes de l'hôpital public**

JUVEN P. A., PIERRU F. ET VINCENT F.

2019

Paris : Raisons d'agir éditions

Des couloirs transformés en hébergements de fortune, des personnels de santé au bord de la crise de nerfs, des mobilisations récurrentes, l'hôpital public est mis à rude épreuve. Ce livre propose une analyse des poli-

tiques hospitalières successives qui ont abouti à la crise actuelle. Une véritable casse de ce service public est engagée par des réformateurs adeptes de l'acculturation de l'univers médical à des logiques managériales qui contredisent son bon fonctionnement. À l'encontre de toute évidence, les défenseurs d'une réorganisation du travail continuent de promouvoir à la fois des indicateurs de rentabilité ineptes et une vision techniciste de la médecine qui prétend substituer l'innovation aux relations humaines. Alors que la montée de la précarité et des souffrances sociales née de décennies de politiques néolibérales conduit une part croissante de la population à trouver refuge dans des services hospitaliers sous tension, l'hôpital se trouve devoir résister aussi bien aux manquements de la médecine de ville qu'à la concurrence de cliniques privées largement dispensées des obligations de service public. À l'heure où les mobilisations pour le défendre s'intensifient, un débat s'impose sur les missions de l'hôpital et les moyens qui lui sont accordés.

► **Repérer les facteurs de risque des patients hospitalisés pour un premier épisode d'accident vasculaire cérébral (AVC) et analyser les déterminants de sa gravité : l'apport des bases médico-administratives**

LÉANDRE C. ET COM-RUELLE L.

2019

Paris Irdes.

<https://www.irdes.fr/recherche/rapports/570-reperer-les-facteurs-de-risque-des-patients-hospitalises-pour-un-premier-episode-d-accident-vasculaire-cerebral-avc.pdf>

Le but de l'étude est d'identifier les facteurs de risque des patients adultes hospitalisés en court séjour (MCO) pour un premier épisode d'AVC constitué, et d'analyser les différences entre les patients passés en réanimation et les autres. Les patients sont extraits du système national des données de santé (SNDS) 2012 à partir du diagnostic principal PMSI- MCO (codes Cim-10 : I60- I64) et en l'absence d'hospitalisation en MCO pour AVC ou Accident ischémique transitoire (AIT) les 24 mois glissants antérieurs (J-1 à M- 24). Les facteurs de risque sont repérés par des algorithmes : de J-1 à M- 24, avoir reçu des traitements spécifiques du facteur de risque et/ou être en Affection de longue durée (ALD) spécifique du facteur de risque et/ou avoir été hospitalisé en MCO avec codes spécifiques du facteur de risque en diagnostic principal, diagnostic relié ou diagnostic associé. Une régression logistique du pas-

sage en réanimation a été réalisée. 98 853 patients sont concernés : 67 % d'AVC ischémiques, 20 % d'AVC hémorragiques, 5 % d'hémorragies sous-arachnoïdiennes (HSA), 7 % d'AVC de type non précisé. 7,6 % ont effectué un passage en réanimation. Les facteurs de risque concernent : l'hypertension artérielle (51 %), la dyslipidémie (37 %), le diabète (20 %), la dépression (20 %), la fibrillation auriculaire (16 %), l'insuffisance rénale chronique (modérée à terminale) (13 %), le tabagisme (12 %), l'obésité (3,6 %), l'alcoolisme (3,1 %). Les patients les plus à risque d'être passés en réanimation sont ceux avec AVC hémorragique (OR : 3,5, $p < 0,001$), HSA (OR : 11, $p < 0,001$) et ceux présentant au moins deux maladies engageant le pronostic vital (OR : 75, $p < 0,001$). Le SNDS permet d'analyser les facteurs de risque de l'AVC, même si certains ne peuvent qu'être approchés. Le passage en réanimation est principalement conditionné par l'état de santé aigu.

► **Effects of Market Structure and Patient Choice on Hospital Quality for Planned Patients**

MOSCELLI G., GRAVELLE H. ET SICILIANI L.
2019

CHE Research Paper Series ;162. York University of York.

https://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP162_patient_choice_hospital_quality.pdf

We investigate the change in the effect of market structure on planned hospital quality for three high-volume treatments, using a quasi difference in differences approach based on the relaxation of patient constraints on hospital choice in England. We employ control functions to allow for time-varying endogeneity from unobserved patient characteristics. We find that the choice reforms reduced quality for hip and knee replacement but not for coronary bypass. This is likely due to hospitals making a larger loss on hip and knee replacements, since robustness checks rule out changes in length of stay, new competitors' entry and hospital-level mortality as possible confounders.

► **Dynamic Hospital Competition Under Rationing by Waiting Times**

SA L., SICILIANI L. ET STRAUME L.
2018

Braga University of Minho.

http://www.nipe.eeg.uminho.pt/Uploads/WP_2018/NIPE_WP_20_2018.pdf

We develop a dynamic model of hospital competition where (i) waiting times increase if demand exceeds supply; (ii) patients differ in their evaluation of health benefits and choose a hospital based on waiting times; and (iii) there are penalties for providers with long waits. We show that, if penalties are linear in waiting times, a more competitive dynamic environment does not affect waiting times. If penalties are instead non-linear, we find that waiting times are longer under the more competitive environment. The latter result is derived by calibrating the model with waiting times and elasticities observed in the English NHS for a common treatment (cataract surgery), which also shows that the difference between waiting times under the two solution concepts is quantitatively small. Policies that facilitate patient choice, an alternative measure of competition, also lead to higher steady-state waiting times, and tougher penalties exacerbate the negative effect of choice policies.

► **Who Is an Efficient and Effective Physician? Evidence from Emergence Medicine**

SAGHAFIAN S., IMANIRAD R., TRAUB S. J., *et al.*
2018

Faculty Research Working Papers Series ; RWP18-029. Cambridge John F. Kennedy School of Government.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3227873

Improving the performance of the healthcare sector requires an understanding of the efficiency and effectiveness of care delivered by providers. Although this topic is of great interest to policymakers, researchers, and hospital managers, fair and scientific methods of measuring efficiency and effectiveness of care delivery have proven elusive. Through Data Envelopment Analysis (DEA), we make use of evidence from care delivered by emergency physicians, and shed light on scientific metrics that can gauge performance in terms of efficiency and effectiveness. We use these metrics

along with Machine Learning techniques and Tobit analyses to identify the distinguishing behaviors of physicians who perform highly on these metrics. Our findings indicate a statistically significant positive relationship between a physician's effectiveness and efficiency scores suggesting that, contrary to conventional wisdom, high levels of effectiveness are not necessarily associated with low efficiency levels. In addition, we find that a physician's effectiveness is positively associated with his/her average contact-to-disposition time and negatively associated with his/her years of experience. We also find a statistically significant negative relationship between a physician's efficiency and his/her average MRI orders per patient visit. Furthermore, we find evidence of a peer effect of one physician upon another, which suggests an opportunity to improve system performance by taking physician characteristics into account when determining the set of physicians that should be scheduled during same shifts.

► **Do Hospital Closures Improve the Efficiency and Quality of Other Hospitals?**

SONG L. D. ET SAGHAFIAN S.

2019

Faculty Research Working Papers Series ; RWP19-006. Cambridge John F. Kennedy School of Government.

<https://econpapers.repec.org/paper/eclharjfk/rwp19-006.htm>

The recent trend in the U.S. hospital closures can have important impacts on the healthcare sector by changing the operational efficiency and quality of care of the remaining hospitals. We investigate the impact of hospital closures on the surrounding hospitals' efficiency and quality and shed light on mechanisms through which they can be affected. Using and combining various data sources, we find that when a hospital closes, its nearby hospitals improve their operational efficiency without expanding their resources. However, they do so via a speed-up behavior (i.e., by reducing their service durations) instead of an effort to lower their average bed idle time. Importantly, we find that this speed-up response to the increased demand by nearby hospitals negatively affects some (but not all) aspect of the care, including the 30-day patient mortality. Furthermore, hospital closures induce changes in directions that widen social disparity, as their adverse consequences fall disproportionately among hospitals or patients with limited resources. Our results have implications for both hospital administrators and policymakers who strive to improve the efficiency and quality of the healthcare system.

Inégalités de santé

Health Inequalities

► **Inequalities in Access to Healthcare. A Study of National Policies 2018**

BAETEN R., SPASOVA S., VANHERCKE B., *et al.*

2018

Bruxelles Commission européenne.

This report describes the main features of health systems enabling access, analyses the main challenges in inequalities in access to healthcare identified in the 35 European countries and how they are tackled, and

briefly discusses the indicators available at national and European level to measure access to healthcare. Health systems in Europe face the challenge of ageing populations and increasing demand, which can also result from non-demographic factors such as the emergence of new (often expensive) treatments. In some European countries, costs and waiting time remain important barriers to accessing healthcare. Against a background of rising demand for healthcare resources, and public budgets which are often under pressure,

ensuring universal and timely access to high quality healthcare — whilst also guaranteeing the financial sustainability of health systems — is a challenge which requires increased efforts to improve the efficiency and effectiveness of health systems.

► **Genres et inégalités sociales de santé**

CULTURES ET SANTÉ

2019

Bruxelles : Cultures et Santé

<https://www.cultures-sante.be/component/phocadownload/category/6-dossierthematiques.html>

La question du genre mérite une attention particulière au regard de l'impact favorable ou défavorable qu'il entraîne sur la santé des individus. Sa dimension inégalitaire, soutenue par les représentations et les pratiques, nécessite de mieux en comprendre les mécanismes et d'agir. À ce titre, ce dossier thématique a pour objectif de permettre aux acteurs et actrices-relais de mieux appréhender le sujet. Des références bibliographiques, déclinées en thématiques y sont réunies. Elles abordent la question des inégalités liées au genre, et plus spécifiquement la répercussion sur la santé de ces inégalités. Une présentation de livres illustrés, d'outils pédagogiques, de supports audiovisuels et une sitographie complètent ces apports théoriques.

► **Personnes malades étrangères : des droits fragilisés, des protections à renforcer**

DÉFENSEUR DES DROITS

2019

Paris Le Défenseur des Droits

https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rap-etrangmalad-num-07.05.19_0.pdf

Le Défenseur des droits est chargé par l'article 71 de la Constitution de veiller au respect des droits et des libertés. À la suite d'une forte augmentation des réclamations qui lui sont adressées en matière de défense des droits des personnes malades étrangères, il dresse, dans ce nouveau rapport un bilan de son action et présente ses recommandations.

► **Does Facilitated Access to the Health System Improve Asylum-Seekers' Health Outcomes? Evidence from a Quasi-Experiment**

JASCHKE P. ET KOSYAKOVA Y.

2019

IAB-Discussion Paper ; 7/2019. Nüremberg Institute for Employment Research.

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:iabi:abdpa:201907&r=hea>

As long as their asylum application is not approved or their duration of stay does not exceed 15 months, asylum-seekers who require doctor visit have to claim it either by the local authority for foreigners or the responsible social assistance office in Germany. Since 2016 several Federal states and municipalities in Germany have launched the procedure to hand out electronic health cards (eHC) which allow immediate direct access to the health system for asylum-seekers. In this paper, we examine whether being eligible to the eHC as a result of the policy change has had an effect on the health outcomes of asylum-seekers in Germany. For empirical identification, we take advantage of the variation of the policy change across regions and over time. Relying on data from the IAB-BAMF-SOEP Survey of Refugees, we find that the introduction of the reforms allowing asylum-seekers' faster and more direct access to the healthcare system indeed reduced the risk of emotional disorder. We conclude by discussing the potential pros and contras of a comprehensive nationwide introduction of the eHC for asylum-seekers.

► **Les déterminants sociaux de la santé : Un défi pour l'éthique de la décision dans le domaine des politiques de santé**

WEINSTOCK D.

2018

Éthique Publique 20(2): html.

<https://journals.openedition.org/ethiquepublique/4173>

Selon l'approche des déterminants sociaux de la santé, la santé des populations, et les inégalités de santé qui sévissent en leur sein, sont en grande partie influencées par des facteurs sociaux, modifiables par les politiques publiques, qui se situent bien en amont de ces états de santé. Il en découlerait que les politiques publiques favorables à la santé devraient intervenir à ce niveau causalement fondamental. Cependant, la présence indéniable de déterminants sociaux n'implique pas que nous saisissons bien les mécanismes précis par les-

quels ces déterminants se font les véhicules des états de santé. Les recherches sur les déterminants donnent lieu à des résultats tout au mieux probabilistes. Étant donné que la santé est un bien par rapport auquel les

décideurs publics doivent se prémunir contre le risque et l'incertitude, des raisons existent pour qu'ils privilégient des approches plus traditionnelles à la santé, basée sur des chaînes causales plus courtes

Médicaments

Pharmaceuticals

► **Rapport d'information relatif aux dispositifs médicaux**

BOROWCZYK J. ET DHARREVILLE P.
2019

Paris Assemblée Nationale.

<http://www.assemblee-nationale.fr/15/pdf/rap-info/i1734.pdf>

Cette mission d'information a été conduite par Julien Borowczyk (LREM, Loire) et Pierre Dharréville (Gauche démocrate et républicaine, Bouches-du-Rhône) à la suite de la publication, en novembre 2018, d'une enquête journalistique internationale (les Implant files) pointant notamment les failles du marquage CE et de la matériovigilance des dispositifs médicaux (DM) implantables. Après l'audition de nombreux acteurs du domaine, les deux parlementaires avancent 36 propositions pour renforcer la surveillance. Ils appellent notamment à « un renforcement de la réglementation » de mise sur le marché au niveau européen, ainsi qu'à « un renforcement des mesures de surveillance » après la commercialisation à l'échelle nationale.

► **Using Routinely Collected Data to Inform Pharmaceuticals Policies: Analytical Report for OECD and UE Countries**

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

2019

Paris OCDE.

<https://www.oecd.org/els/health-systems/routinely-collected-data-to-inform-pharmaceutical-policies.htm>

This report provides an overview of patient-level data on medicines routinely collected in health systems from administrative sources, e.g. pharmacy records, electronic health records and insurance claims. In total 26 OECD and European Union member countries responded to a survey addressing the availability and accessibility of routinely collected data on medicines and their applicability to developing evidence. The report further explores the utility of evidence from clinical practice, looking at experiences and initiatives across the OECD and EU.

Méthodologie - Statistique

Methodology- Statistics

► **Analyse textuelle avec R**

BECUE-BERTAUT M. ET LEBART L.
2018

Rennes : Presses universitaires de Rennes

Cet ouvrage présente les méthodes statistiques multidimensionnelles applicables à l'analyse d'un corpus

de textes, que l'on appelle plus brièvement analyse textuelle. Le contenu correspond à un cours spécialisé destiné à un large public, tant de chercheurs ou praticiens comme d'étudiants de niveau licence, qui doivent affronter la nécessité d'extraire des informations de données textuelles massives ou non.

► **Social Network Analysis Applied to Healthcare Data: Inventory, Discussion and Perspectives**

GANDRE C.

2019

Analyse de Réseaux pour les Sciences Sociales (Arcs): 1-13.

<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02054253/document>

L'analyse de réseau social (SNA) est un ensemble de méthodes et de concepts basés sur la théorie des graphes qui analysent des phénomènes relationnels. Le SNA a été développé dans des domaines allant des sciences sociales à la science exacte et peut avoir de nombreuses applications. Dans la recherche en santé, il peut par exemple être utilisé pour étudier des réseaux de collaboration de professionnels de la santé, des parcours de soins, la propagation des maladies infectieuses et des comportements à risque, ainsi que la diffusion des programmes de prévention et de promotion de la santé. En particulier, la disponibilité récente de données sur les allégations santé à des fins de recherche, telles que la base de données nationale française sur la santé. Le système de données (SNDS) offre de nombreuses possibilités pour d'autres études basées sur le SNA.

► **Exploring Variations in the Opportunity Cost Cost-Effectiveness Threshold by Clinical Area: Results from a Feasibility Study in England**

HERNANDEZ-VILLAFUERTE K., ZAMORA B., FENG Y., et al.

2019

Londres OHE.

<https://www.ohe.org/publications/exploring-variations-opportunity-cost-cost-effectiveness-threshold-clinical-area>

Estimating a cost-effectiveness threshold reflecting the opportunity cost of adopting a new technology in a health system is not easy. This OHE research paper provides empirical evidence on the relationship between health outcomes and health expenditures in England. Results suggest that setting a cost-effectiveness criterion for NICE may not be capable of being synthesised using scientific methods alone, but involve political judgements. This report provides an overview of patient-level data on medicines routinely collected in health systems from administrative sources, e.g. pharmacy records, electronic health records and insurance

claims. In total 26 OECD and European Union member countries responded to a survey addressing the availability and accessibility of routinely collected data on medicines and their applicability to developing evidence. The report further explores the utility of evidence from clinical practice, looking at experiences and initiatives across the OECD and EU.

► **Décrire les abords et l'état des logements pour redresser une enquête en face-à-face. L'exemple de l'enquête santé ESPS 2014**

LEGLEYE S., GUILLAUME S. ET DOURGNON P.

2018

13^e journées de méthodologie statistique de l'Insee Paris. Insee

http://www.jms-insee.fr/2018/S16_1_ACTE_LEGLEYE_JMS2018.pdf

Le redressement d'une enquête peut bénéficier d'une première étape de correction de la non-réponse en amont d'un calage. Dans cette première étape, les variables auxiliaires de la base de sondage, mais aussi les parodonnées (c'est-à-dire les données générées par la collecte, comme l'historique des tentatives de contact) sont des variables attrayantes parce qu'elles sont enregistrées pour les répondants et les non-répondants et qu'elles peuvent se rapporter à la probabilité de réponse et aux variables cibles. Nous testons la pertinence de quatre variables de parodonnées dans le sous-échantillon de l'enquête de 2014 interrogé en face-à-face « Santé, les soins de santé et l'assurance (ESPS) » : le nombre de tentatives de visite, le type de logement, son apparence et la présence de personnes qui découragent son accès. La base de sondage est par ailleurs riche de variables auxiliaires, dont les indicateurs de consommation de santé (dépenses en ambulatoire et chez des spécialistes, nombre de consultations etc.). Nous comparons le calage direct classique d'ESPS à trois procédures en deux étapes, mobilisant chacune uniquement les variables auxiliaires, les parodonnées ou une combinaison des deux. Les résultats montrent que le calage direct assure une très bonne estimation des totaux de dépenses de santé, et ne modifie que très marginalement les estimations de l'état de santé déclarée au sein de l'enquête. Les limites et les généralisations possibles sont discutées.

Politique de santé

Health Politics

► **Observatoire sur les pratiques des lobbies de l'alcool - rapport 2018**

ASSOCIATION NATIONALE EN ALCOOLOGIE ET
ADDICTOLOGIE

2019

Paris : ANPAA

<https://www.anpaa.asso.fr/images/media/images-2018/Observatoire-2018---Pratiques-des-lobbies-de-lalcool.pdf>

En 2016, la Cour des comptes alertait sur l'influence des lobbies de l'alcool au sein de la sphère politique qui avait permis pendant longtemps de contrer toute tentative de mise en œuvre d'une politique de santé publique réellement efficace en matière de réduction du risque alcool. Ces pratiques sont toujours d'actualité et l'année 2018 se caractérise par une série d'initiatives menées par l'ensemble des filières alcool - et plus particulièrement viticole - qui bénéficie de la compréhension du président de la République. Au cœur de ces initiatives, une stratégie visant à se positionner comme un « acteur de prévention » auprès des pouvoirs publics afin de pouvoir diffuser leurs propres messages de prévention, centrés uniquement sur la responsabilité individuelle des consommateurs. L'impact de l'environnement sur les consommations (publicité, accessibilité, prix) est volontairement passé sous silence, de même que toute proposition visant à instaurer des mesures contraignantes. Pourtant, se vouloir « acteurs de prévention » et faire de la jeunesse une cible prioritaire pour la consommation d'alcool sont deux ambitions contradictoires du lobby alcoolier. Ce deuxième rapport analyse les stratégies mises en place par le lobby alcoolier pour contourner la loi Evin, noyauter la politique de prévention et met en lumière l'influence de cette industrie sur les politiques publiques (résumé de l'éditeur).

► **Analyse du plan «Ma Santé 2022, un engagement collectif?» et propositions de l'Académie nationale de médecine**

BERTRAND D., BONTOUX D., PLOUIN P. F., et al.
2019

Paris Académie nationale de médecine.

www.academie-medicine.fr/wp-content/uploads/2019/03/Ma-sant%C3%A9-2022-version-18-mars.pdf

L'Académie nationale de médecine a pris connaissance du plan « Ma santé 2022, un engagement collectif », proposé par le ministère des solidarités et de la santé, et en approuve les principales mesures. Le présent rapport résume l'analyse de l'Académie, formule des remarques portant sur plusieurs omissions, dont celle de la prévention, et propose neuf priorités portant notamment sur la réorganisation territoriale des soins, les nouveaux partenaires, la gouvernance hospitalière et l'apport du numérique.

► **Système de santé : soyez consultés !**

INSTITUT MONTAIGNE

2019

Paris Institut Montaigne.

<https://www.institutmontaigne.org/publications/systeme-de-sante-soyez-consultes>

Aujourd'hui, il est très complexe pour les Français de s'orienter dans notre système de santé et de savoir dans quel établissement ils seront le mieux pris en charge, pour une intervention donnée. D'après un sondage mené par Kantar pour l'Institut Montaigne, intitulé « Les Français, le système de santé et les indicateurs de qualité des soins », 66 % des personnes interrogées ont le sentiment qu'il est difficile d'obtenir des informations sur la qualité des soins dans un établissement de santé, et 59 % qu'il est difficile de choisir un médecin généraliste ou spécialiste pour une consultation. Partant de constat, l'Institut Montaigne a mené une réflexion sur les indicateurs de qualité pertinents à mettre en place au sein du système de santé français, avec l'aide de plusieurs associations de patients.

► **Plan cancer 2014-2019 : cinquième rapport au président de la République**

INSTITUT NATIONAL DU CANCER
2019

Paris Institut National du Cancer.

<https://www.e-cancer.fr/%20Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Cinquieme-rapport-au-president-de-la-Republique-Avril-2019>

Dans ce 5^e (et dernier) rapport adressé au président de la République, l'Institut national du cancer, responsable du pilotage du Plan cancer 2014-2019 pour le compte des ministres chargés de la santé et de la recherche, présente avec ses partenaires la progression globale et l'avancement des actions en matière de prévention, dépistage, recherche, offre de soins et recommandations.

► **Ma santé 2022 : un engagement collectif. Où en sommes-nous des mesures d'accès aux soins dans les territoires ? Dossier d'information**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ
2019

Paris : Ministère chargé de la santé

<https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/dossier-d-information-ma-sante-2022-un-engagement-collectif>

Le dossier d'information publié sur le site du ministère fait le bilan des résultats des outils que cette stratégie

a développés pour lutter contre les déserts médicaux en accélérant le développement des communautés professionnelles territoriales de santé – et en adoptant de nouveaux leviers supplémentaires pour libérer du temps médical et redynamiser les soins de proximité.

► **Huit préconisations pour améliorer la pertinence en santé**

THINK TANK LES ECHOS
2019

Paris Think Tank Les Echos

<https://www.lesechos-events.fr/think-tank/think-tank-economie-sante/#fndtn-recommandations>

La ministre chargée de la santé a fait de la pertinence des soins une priorité de la politique de santé en France, car elle engendre entre autre 40 à 60 milliards d'euros de gaspillage. À la demande de la ministre, le Think Tank Economie Santé des « Echos » a donc porté sa recommandation annuelle 2019 sur cette problématique. Ce Think tank est composé de professionnels de santé, de représentants de l'industrie, de chercheurs et de hauts fonctionnaires. Après une définition de la pertinence de soins : « le bon soin à la bonne personne, au bon moment, par le bon professionnel », il souligne qu'il convient tout d'abord d'avoir une méthode et une vision d'ensemble et que la solution ne se résout pas au seul aspect économique. Il formule enfin huit préconisations.

Politique publique

Public policy

► **Politique territorialisée ou territorialisation des politiques publiques ?**

HONTA M. ET LUCAS-GABRIELLI V.
2018

https://www.fabrique-territoires-sante.org/sites/default/files/paris_acte_2018_-_internet.pdf

Historiquement, la territorialisation n'est pas une conquête du local, elle a été, fondamentalement,

une politique nationale. Est-ce à dire, pour autant, que plus il y a d'État moins il y a de local et plus il y a de local moins il y a d'État ? Ou qu'une politique nationale se définit au niveau national, d'une part, et au niveau local, d'autre part, et ne se met en œuvre qu'à travers des formes nouvelles d'articulation entre le national et le local ? La territorialisation est-elle alors pour l'État et les ARS une façon d'atteindre leurs propres objectifs ? Mais qu'entend-on par territorialisation des politiques de santé ? Le territoire est-il le

réceptacle d'une politique publique ou est-il un espace politique de construction d'une politique publique qui ne peut fonctionner qu'avec la mobilisation du local ? Que peuvent nous dire les politiques européennes sur ces questions ?

► **Un pognon de dingue : reconstruire l'action sociale**

MARTEL J. F. ET LE MERRER P. P.

2019

Rennes : Presses de l'Ehesp

L'action sociale, avec ses 22 millions de professionnels et bénévoles, donne corps au modèle social français. Si nous y consacrons « un pognon de dingue », c'est sans doute parce que 99,9 % des Français bénéficient de la solidarité nationale à un moment ou un autre de leur vie, mais aussi parce que la manière dont l'argent est employé est devenue irrationnelle à force de se frag-

menter entre de multiples actions et acteurs non coordonnés. Pour reconstruire l'action sociale, l'auteur de cet ouvrage part des fondamentaux de l'analyse économique : identifier les faits avant de les interpréter, les mesurer et les comprendre avec la rigueur nécessaire pour en déduire des objectifs et évaluer les résultats. En s'appuyant sur les données les plus récentes, il recompose le puzzle de l'action sociale et propose des solutions concrètes afin qu'elle redevienne une véritable politique publique, au même rang que les politiques économique ou de sécurité. Cet ouvrage propose aussi une description de l'ensemble des actions et des acteurs du champ social. En mettant en avant les besoins des personnes avant de se préoccuper des institutions et des financements, l'auteur porte un nouveau regard sur l'action sociale, à la fois lucide sur les impasses et optimiste sur les perspectives de changement. Tirant des enseignements du mouvement des Gilets jaunes, ce livre ouvre de nouveaux horizons pour celles et ceux qui souhaitent comprendre et améliorer la solidarité nationale (4^e de couverture).

Prévention

Prevention

► **Rester en bonne santé tout au long de la vie : Bilan sur la prévention lors du 2^e Comité interministériel pour la Santé**

PREMIER MINISTRE

2019

Paris : Premier ministre

<https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/comite-interministeriel-pour-la-sante>

Edouard Philippe a présidé le 25 mars 2019 à Noisiel (77) le second Comité interministériel pour la santé réunissant pas moins de douze ministres sur les thématiques de la prévention et la promotion de la santé. À cette occasion ont été présentés les résultats marquants obtenus suite aux décisions prises il y a un an par le gouvernement concernant le tabac et l'effort engagé pour la vaccination. Quelque 600 000 fumeurs quotidiens ont arrêté le tabac lors du premier semestre 2018, qui s'ajoutent à la baisse d'un million qui avait été observée en 2017. Ces résultats sont dus aux différentes mesures prises pour lutter contre le tabac : augmentation progressive du prix du paquet jusqu'à 10

euros d'ici 2020, remboursement des substituts nicotiques par l'Assurance maladie et opération « Mois sans tabac » en novembre. Autres résultats mis en avant par l'exécutif : la couverture de la vaccination hexavalente (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, Haemophilus influenzae de type B et hépatite B) a augmenté de 93 % à 98 % selon les premières estimations ; le succès de l'expérimentation de la vaccination contre la grippe dans les pharmacies, qui permettra au gouvernement d'en généraliser le principe à partir du mois d'octobre 2019 ; près de 20 % de l'offre alimentaire est désormais couverte par le Nutri-Score ; 63 % des élèves ont été formés ou sensibilisés aux gestes de premier secours, soit 15 % de plus qu'en 2017. À l'occasion de ce comité, le Premier ministre a annoncé de nouvelles mesures de prévention destinées à accompagner les Français pour rester en bonne santé tout au long de leur vie, ces mesures portant notamment sur les thèmes de l'activité physique, l'alimentation et la lutte contre l'obésité. Le gouvernement s'est fixé plusieurs objectifs d'ici 2023 pour son action globale sur l'alimentation et l'activité physique : diminuer de 15 %

l'obésité et stabiliser le surpoids chez les adultes, diminuer de 20 % le surpoids et l'obésité chez les enfants et adolescents, réduire le pourcentage de personnes âgées dénutries vivant à domicile ou en institution, réduire de 20 % le pourcentage des malades hospitalisés dénutris à la sortie d'hospitalisation. Il souhaite promouvoir la pratique sportive à tous les âges et dans tous les milieux. Il annonce vouloir détecter de manière beaucoup plus précoce les risques d'obésité et mieux orienter les patients vers les équipes compétentes. Enfin, pour réduire les recours inutiles aux antibiotiques, qui facilitent le développement de bactéries résistantes, Edouard Philippe va élargir l'accès aux tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) pour les angines qui, dans 80 % des cas, ne nécessitent pas de traitements antibiotiques. Ce test est insuffisamment utilisé par les médecins généralistes (40 % l'ont commandé en 2017). D'ici le 1^{er} janvier 2020, les tests TROD angine seront réalisables par les pharmaciens et remboursables par l'Assurance maladie. La concertation avec les professionnels de santé sur cette mesure se déroulera au cours de l'année 2019. Celle-ci sera essentielle pour éviter qu'une nouvelle fois cette mesure de bon sens pâtisse d'une mauvaise préparation et de la persistance de conflits qu'une coopération intelligente permet souvent de dépasser. Les TROD de l'angine étaient dans les faits déjà accessibles en pharmacie mais leur usage est resté largement confidentiel. Les nouvelles actions présentées le 25 mars viennent enrichir le Plan Priorité Prévention lancé en mars 2018 et la signature commune « J'agis pour ma santé » sera désormais associée à toutes les actions de prévention du gouvernement.

► **Éducation thérapeutique du patient et maladies chroniques : Bibliographie sélective**

CAMBON M.
2018

Toulouse : Ireps

<https://www.ireps-occitanie.fr/se-documenter/bibliographies/download/139/266/21.html>

Cette bibliographie sélective, régulièrement mise à jour, est réalisée dans le cadre de la formation « Conception et animation d'un programme d'ETP ». Elle donne le cadre législatif de l'ETP et signale de nombreux documents de référence. Ces références sont également accompagnées de listes de ressources pédagogiques, revues électroniques et sites inter-

net-ressource. Un système de signets et un sommaire interactif facilitent votre navigation dans les différentes parties de la bibliographie.

► **Stratégies locales de prévention primaire et de promotion de la santé : Une étude du dispositif « Contrat Local de Santé » en France. In : l'étude CLoterreS Santé et territoires**

CONSORTIUM CLOTERRES

2019

https://www.cloterres.fr/wp-content/uploads/2019/03/Bulletin_CLoterreS_mars2019_VF.pdf

Compte-tenu de l'évolution de nos modes de vie et du vieillissement de la population, la promotion de la santé à tout âge et la prévention des maladies chroniques est plus que jamais un enjeu de société. Au niveau local, la contribution que peuvent avoir les collectivités pour créer des environnements plus favorables à la santé est indéniable. En France, cette contribution s'organise de plus en plus par le biais des contrats locaux de santé (CLS), dispositif fédérateur associant les collectivités locales, les agences régionales de santé (ARS) et de nombreux acteurs interpellés par les questions de santé environnementale, de prévention et de promotion de la santé mais aussi d'offre de soins et d'action médico-sociale. Près de 10 ans après le lancement des CLS, quelle est l'ampleur de ce dispositif sur le territoire français ? Quelle place occupe la prévention et la promotion de la santé (PPS) dans leurs actions ? Qu'est ce qui influence cet investissement aux niveaux local et régional ? C'est ce sur quoi se penche l'étude CLoterreS (2017-2020), dont ce bulletin résume les avancées.

► **Éduquer les patients, transformer les soignants**

FOURNIER C.

2018

Les Grands Dossiers Des Sciences Humaines(53): 48-49.

https://www.scienceshumaines.com/eduquer-les-patients-transformer-les-soignants_fr_40183.html#achat_article

Les maladies chroniques sont en forte augmentation. Pour les patients qui en sont atteints, il est essentiel d'apprendre à vivre avec. C'est tout l'objectif des activités d'éducation thérapeutique.

► **ETP : travailler en partenariat**

FOURNIER C.

2019

<https://poletp.fr/synthese-journee-annuelle-pole-de-ressources-etp-idf-22-novembre-2018/>

Pour Cécile Fournier, maître de recherche à l'Irdes, l'éducation thérapeutique du patient (ETP) crée des espaces d'expression, de besoins, d'envie. Des acteurs, en partant d'un objectif commun, créent, expérimentent des actions ensemble. Le Pôle de ressources a une connaissance fine du réseau d'acteurs et un savoir-faire, une méthodologie pour accompagner et capitaliser les expériences de partenariat. Interview de Cécile Fournier dans la vidéo : [//www.youtube.com/watch?v=diVhkLIP0qo](https://www.youtube.com/watch?v=diVhkLIP0qo)

► **Soigner les relations pour rapprocher. Le rôle de l'éducation thérapeutique autour de la stimulation cérébrale profonde dans le traitement de la maladie de Parkinson**

TROISOEUFS A., FOURNIER C. ET BUNGENER M.

2018

[In: **La simulation cérébrale profonde, de l'innovation au soin. Les neurosciences cliniques à**

la lumière des sciences humaines et sociales.] Paris : Editions Hermann: 197-216.

<http://www.editions-hermann.fr/5487-la-stimulation-cerebrale-profonde-de-linnovation-au-soin-9791037000958.html>

Comme de nombreuses maladies chroniques, la maladie de Parkinson appelle le développement d'une « médecine de l'incurable » (Mino, Frattini et Fournier, 2008), tournée non vers la guérison des personnes, mais vers leur accompagnement dans la gestion de leur vie quotidienne avec une maladie qui reste évolutive malgré les traitements. Dans ce chapitre, nous examinons dans quelle mesure des programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) mis en place pour la maladie de Parkinson, dont certains spécifiques à la stimulation cérébrale profonde (SCP), contribuent à un « rapprochement » entre patients et professionnels. La SCP, l'ETP et les mouvements associatifs dans le champ de la maladie de Parkinson se développent depuis la fin du siècle dernier. Toutefois, leur articulation n'a pas encore attiré l'attention de la recherche en sciences humaines et sociales. Ce chapitre a l'ambition d'initier cette démarche. Avant d'aborder les pratiques associées à la SCP, il importe de les situer dans le développement de pratiques d'ETP au cours des dernières décennies (résumé d'auteur).

Prévision – Evaluation

Prevision-Evaluation

► **Avis relatif à la liste des indicateurs de résultats et d'impact de la stratégie nationale de santé 2018-2022**

HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE

2019

Paris HCSP.

<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=718>

Suite à une saisine de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), le Haut Conseil de la santé publique s'est prononcé sur les indicateurs de suivi pluriannuel de résultats et d'impact de la Stratégie nationale de santé (SNS) 2018-2022. Cet avis formule des remarques générales sur les indicateurs proposés par la Drees et a noté que

des thèmes importants de la SNS ne se retrouvent pas dans les indicateurs proposés, comme le surpoids et l'obésité, la politique de santé de l'enfant qui est peu représentée, la santé au travail...; qu'il existe une disparité entre le nombre d'indicateurs par axe qui ne semble pas justifiée au regard des objectifs, la répartition devrait être plus équitable. Par exemple, l'axe IV (innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des citoyens) est peu représenté, et aucun indicateur n'est proposé pour la recherche et l'innovation. Le HCSP a ensuite analysé les critères de pertinence, cohérence, opérationnalité et imputabilité de chacun des 20 indicateurs et proposé des remarques pour certains d'entre eux.

► **Évaluation de la pertinence et de la cohérence du Plan national de santé publique**

HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE

2019

Paris HCSP.

<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=708>

Le Haut Conseil de la santé publique a été saisi le 12 octobre 2018 par la ministre des solidarités et de la santé pour assurer l'évaluation du PNSP. Il lui a notamment été demandé d'analyser la pertinence et la cohérence des objectifs du Plan national de santé publique. Le HCSP a considéré que la Stratégie nationale de santé et le Plan national de santé publique formaient un ensemble. Il note une bonne cohérence entre les objectifs de développement durable de l'OMS ou leur déclinaison européenne, les objectifs stratégiques et spécifiques de la SNS et les objectifs opérationnels contenus dans le PNSP. Le HCSP considère que l'objectif de réduction de la mortalité prématurée et de la mortalité évitable est un objectif pertinent du PNSP. Globalement, le PNSP répond au triple objectif qui lui avait été fixé : être la déclinaison de l'axe 1 de la Stratégie nationale de santé et pour les éléments concernant la prévention contenus dans les autres axes et dans les volets spécifiques ; permettre l'intégration d'autres outils de l'action publique en santé publique comme les plans, stratégies ou feuilles de route élaborés pour aborder des problèmes spécifiques de patho-

logies, de comportements ou de populations particulières ; être un outil permettant de mobiliser différentes politiques autour d'un même objectif d'amélioration de la santé de la population. Cette analyse montre toutefois des faiblesses. C'est le cas de quelques objectifs de la SNS qui font l'objet d'objectifs opérationnels limités mais aussi de la politique de prévention à destination des enfants, des adolescents et des jeunes.

► **Santé 2030 : une analyse prospective de l'innovation en santé**

TCHENG P.

2019

Paris LEEM.

<https://www.leem.org/publication/sante-2030-une-analyse-prospective-de-linnovation-en-sante>

Reposant sur la vision d'experts qui ont structuré leurs réflexions autour de 12 grandes pathologies et 14 vecteurs d'innovation qui vont, selon eux, façonner les progrès de la recherche et du diagnostic, cette étude exclusive montre à travers deux champs thérapeutiques majeurs - le cancer et les maladies du cerveau - comment les transformations de l'écosystème de la santé révolutionneront la vie des patients. Cette étude réalisée par le Leem avec le Think tank Futuribles, présente également la vision des défis posés aux entreprises du médicament et à leurs partenaires.

Psychiatrie

Psychiatry

► **Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale. Tome 2 : retour d'expériences**

AGENCE NATIONALE D'APPUI À LA PERFORMANCE

2019

Paris Anap.

<http://www.anap.fr/ressources/publications/detail/actualites/mettre-en-oeuvre-un-projet-de-parcours-en-psychiatrie-et-sante-mentale-tome-2-retour-dexperiences/>

Cette publication analyse le retour de six territoires ayant expérimenté la mise en œuvre d'un projet de

parcours en psychiatrie et santé mentale. Elle illustre et complète de façon concrète les méthodes et outils présentés dans le Tome 1 publié fin 2016. Chaque acteur peut ainsi s'approprier la démarche à travers des réalisations.

► **Mettre en place la réhabilitation psychosociale dans les territoires**

AGENCE NATIONALE D'APPUI À LA PERFORMANCE
2019

Paris Anap.

<http://www.anap.fr/ressources/publications/detail/actualites/mettre-en-place-la-rehabilitation-psycho-sociale-dans-les-territoires/>

La santé mentale est aujourd'hui un enjeu majeur de société. Elle est indispensable à la santé, au bien-être et à la qualité de vie des personnes. Cette publication propose un vademecum pour mettre en place des dispositifs de réhabilitation psychosociale accessibles en proximité. S'appuyant sur 5 monographies d'établissements ayant mis en œuvre des soins de réhabilitation et sur la contribution d'un groupe de réflexion composé d'équipes pionnières représentant plus de vingt établissements, de patients et de leurs représentants, ce guide décrit les actions à mettre en place au sein des institutions portant notamment sur la formation, les compétences nécessaires à mobiliser.

► **Outcomes for Mental Health Services. What Really Matters?**

COLLINS B.
2019

Londres The King's Fund.

<https://www.kingsfund.org.uk/publications/outcomes-mental-health-services>

Through a series of over 100 conversations with people actively involved in mental health services in England including current and former service users, the report highlights how frameworks for measuring outcomes are often too narrowly focused on clinical outcomes. Whilst recovery-based frameworks are trying to widen this, neither fully captures what really matters to people. The report challenges those in mental health to find a consensus on the outcomes that matter to people with mental health problems. Services should adopt a broader perspective on outcomes as a basis for collaborating with service users and a foundation for delivering more humane and effective care.

► **The Patient-Reported Experience Measure for Improving Quality of Care in Mental Health (PREMIUM) Project in France: Study Protocol for the Development and Implementation Strategy**

FERNANDES S., FOND G., ZENDJIDJIAN X., et al.
2019

Patient Preference and Adherence 13: 165-177.

<https://www.dovepress.com/the-patient-reported-experience-measure-for-improving-quality-of-care-peer-reviewed-fulltext-article-PPA>

Mesurer la qualité et la performance des soins de santé est un défi majeur pour améliorer l'efficacité d'un système de santé. L'expérience du patient est une mesure importante de la qualité des soins de santé, et l'utilisation de mesures de l'expérience rapportée par le patient (PREM) est recommandée. Les objectifs de ce projet sont de développer des banques de PREM évaluant la qualité des soins de santé dispensés aux patients adultes souffrant de troubles psychiatriques (schizophrénie, trouble bipolaire et dépression) et de valider le test adaptatif informatisé (CAT) à l'appui de l'utilisation courante des PREM; d'analyser la mise en œuvre et l'acceptabilité du CAT parmi les patients, les professionnels et les autorités de santé.

► **Les soins psychiatriques sans consentement**

GILLOUX N. ET PRIMEVERT M.
2019

Bordeaux : LEH Éditions

La loi du 5 juillet 2011 fait intervenir le juge des libertés et de la détention à l'hôpital psychiatrique. Elle rend ainsi la législation conforme à l'article 66 de la Constitution qui prévoit que toute personne dont la liberté individuelle est atteinte doit pouvoir rencontrer un juge. Dorénavant, les psychiatres doivent, au douzième jour, soumettre systématiquement au contrôle du juge les certificats médicaux de contrainte de soins hospitaliers. Le juge garantit le respect des droits fondamentaux, c'est-à-dire la régularité de la procédure et le bien-fondé des motifs de l'hospitalisation contrainte. Il se positionne ainsi dans une considération citoyenne, à l'écoute d'une personne malade qui, bien qu'en période de grande fragilité psychique, a droit de cité. Ainsi, le psychiatre n'est plus seul à porter l'autorité de la décision d'hospitalisation sous contrainte. Le juge valide ou peut invalider le fait que

la protection de la santé l'emporte sur la liberté d'aller et venir et le libre consentement aux soins. Ce recueil décrit les situations cliniques susceptibles de faire l'objet d'une contrainte de soins. Il explique également comment celle-ci s'exerce à l'hôpital, avec les différents soignants. Enfin, cette loi fraîchement édictée, dont une historienne rappelle la genèse depuis 1838,

est encore l'objet de plusieurs questionnements. Ainsi, les psychiatres et les magistrats s'interrogent mutuellement sur les limites de leurs champs respectifs d'intervention avec cependant une mission commune : la considération et le respect de la dignité des personnes qui souffrent de troubles psychiques.

Sociologie de la santé

Sociology of Health

► **Le pair-aidant : un nouvel acteur du travail social ? Nouveaux enjeux, nouvelle approche du soutien et de l'accompagnement**

BONNAMI A.

2019

Paris : ESF éditeur

De fait, un nouvel acteur s'affirme sur la scène du travail social : le pair-aidant. En complémentarité des professionnels, il apporte, par son expérience du vécu, un savoir empirique pour agir au plus près des besoins des personnes. Dans quelle mesure cette reconnaissance du savoir expérientiel des pairs change-t-elle la donne ? Quelle est la pertinence de cette nouvelle approche en appui des équipes, accompagnement et

soutien auprès des publics ? Comment les pairs-aidants s'insèrent-ils dans les organisations de travail ? Quelle est leur participation réelle sur les terrains et, au-delà, dans les instances de gouvernance du secteur social et médico-social ? Quelles compétences spécifiques ?... Cet ouvrage apporte des clés de compréhension et d'analyse d'un phénomène encore peu connu mais qui ouvre à de nouveaux enjeux pour le travail social. Afin d'étayer son propos, l'auteur s'appuie sur des entretiens avec des pairs-aidants mais aussi avec des cadres ayant choisi de recruter ces personnes concernées et ayant revendiqué la nécessité de leur qualification. À ce titre, il rend compte de l'élaboration d'un programme de formation initié au sein d'une école de travail social.

Soins primaires

Primary Healthcare

► **Développer la recherche dans le domaine des soins primaires : quelles questions, quelles approches ? Actes du séminaire de travail multidisciplinaire et interprofessionnel**

BARDET J. D., BOUCHEZ T., BOURGUEIL Y., *et al.*

2019

Paris SPP-IR.

<http://ijfr.fr/wp-content/uploads/2019/03/Actes-SPP-IR-2019-min.pdf>

Cette publication de l'association SPP-IR (soins primaires, pluri-professionnels : innovation et recherche) rassemble les actes du séminaire de travail pluridisciplinaire : « Développer la recherche dans le domaine des soins primaires, quelles questions ? Quelles approches ? » qui s'est déroulé au mois de janvier 2018. Ce séminaire a rassemblé 115 personnes dont des cliniciens, des représentants d'usagers, des chercheurs et des institutions.

► **La rémunération sur objectifs de santé publique en 2018**

CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE
2019

Paris : Cnamts

https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_Rosp_2018_-_25042019.pdf

Mise en place au 1^{er} janvier 2012, la rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) a été profondément revue et modernisée lors de la convention médicale de 2016 avec des indicateurs actualisés au regard des référentiels de santé publique en vigueur. Effective depuis le 1^{er} janvier 2017, cette nouvelle Rosp témoigne de son intérêt comme levier d'évolution des pratiques cliniques avec, après deux années de mise en œuvre, un bilan bien orienté. En 2018, dans le cadre des dispositions introduites dans la convention, la Rosp a fait l'objet de révisions, portant à la fois sur les indicateurs et sur les modalités de calcul, et définies conjointement avec les représentants des médecins dans l'avenant 6. Concernant les résultats, l'amélioration des pratiques se poursuit globalement en matière de vaccination, de prise en charge des maladies chroniques et de prescriptions plus pertinentes et efficaces au service de la qualité et de la maîtrise des dépenses.

► **Payments and Contracting for Integrated Care. The False Promise of the Self-Improving Health System**

COLLINS B.
2019

Londres The King's Fund.

<https://www.kingsfund.org.uk/publications/payments-contracting-integrated-care>

For thirty years, policy makers in the English NHS have attempted to devise financial incentive schemes to improve the performance of health services. Despite the disappointments, successive governments have remained convinced that their latest round of payment reform would finally create a self-improving health system. Over the last few years, the national NHS bodies have proposed new payment schemes to incentivise a single service provider or partnership of service providers to deliver high quality integrated care for local populations. There appears to be broad agreement amongst technical advisors on this way forward, including creating whole population budg-

ets, new incentive schemes to reward providers for good performance and new arrangements to transfer risk and reward to providers. This paper questions whether these latest incentive schemes will be any more successful than their predecessors. There are significant unresolved difficulties in applying the type of incentive scheme developed for accountable care in insurance-based health systems to tax-funded health systems with state-owned providers and limited choice of provider.

► **Enquête du Conseil national de l'Ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2018**

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS
2019

Paris CNOM.

<https://www.conseil-national.medecin.fr/node/3166>

Ce rapport présente les résultats du 16^{ème} volet d'une enquête transversale récurrente conçue et réalisée par le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM). Celle-ci a pour objectif de faire un état des lieux annuel sur la permanence des soins en France en s'attachant à identifier les diverses organisations mises en place ainsi que les principales problématiques rencontrées. En réitérant l'enquête tous les ans, le CNOM entend identifier les grandes tendances touchant à l'évolution de la permanence des soins dans le temps. L'enquête a été menée auprès de l'ensemble des Conseils départementaux de l'Ordre des médecins (CDOM). Le questionnaire comportait 70 items (dont 30 sous-questions) répartis au sein de 4 volets distincts (Cf. annexes) : les évolutions du cahier des charges régional de la permanence des soins et de sa déclinaison départementale; la permanence des soins sur le terrain en 2018; la permanence des soins et le fonctionnement du conseil départemental; les aspects qualitatifs et prospectifs de la permanence des soins.

► **Developing and Evaluating a Tool to Measure General Practice Productivity: A Multimethod Study**

DAWSON J., RIGBY-BROWN A., ADAMS L., et al.

2019

Health Services and Delivery Research 7(13): xxvi+183.

<https://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/hsdr/hsdr07130/#/abstract>

This report describes a study aimed at designing a measure of productivity for general practices providing NHS services in England. It uses a two-stage process of developing a measure [using the Productivity Measurement and Enhancement System (ProMES)] and then testing and evaluating the measure's use in a range of general practices. In this chapter, the context for the measure is introduced, including the role of general practice and what measures are currently available, and then the study aims and objectives are outlined.

► **Coopérer plus pour travailler plus : évaluation de l'expérimentation d'infirmière de pratique avancée Asalée sur l'activité du médecin généraliste**

LOUSSOUARN C., FRANC C., VIDEAU Y., et al.

2019

Document de travail Irdes ; 77. Paris Irdes.

<https://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/077-cooperer-plus-pour-travailler-plus-evaluation-de-l-experimentation-d-infirmiere-de-pratique-avancee-asalee-sur-l-activite-du-medecin-generaliste.pdf>

Dans de nombreux pays, les politiques et réformes ont explicitement encouragé l'intégration des organisations de soins primaires et la coopération pluri-professionnelle afin d'améliorer l'efficacité productive et allocative de l'offre de soins et lutter contre l'inégale répartition géographique des médecins. En France, la Direction de la Sécurité sociale et une association dénommée Asalée (« Action de santé libérale en équipe », depuis 2004) ont mis en place une expérimentation destinée à favoriser l'intégration verticale et le travail en équipe entre médecins généralistes et infirmières par la mise en place de nouveaux modes de rémunération et la formation d'infirmières sélectionnées. Cet article évalue l'extension de cette expérimentation sur la période 2010-2016 en étudiant l'influence de cette coopération, mais aussi de l'organisation et

des incitations financières à l'œuvre, sur l'activité des médecins généralistes appréhendée à partir de trois indicateurs : le nombre de jours travaillés, de patients rencontrés (en file active et, parmi eux, ceux inscrits médecin traitant) et d'actes (consultations au cabinet et visites à domicile). Nous contrôlons autant que possible des biais d'endogénéité et de sélection en recourant à un design cas-témoins, selon une méthode d'appariement exact, et des méthodes d'estimation en différence de différences sur données de panel. Dans ce cadre, nous montrons un effet positif du dispositif mais relativement modeste sur le nombre de jours travaillés (+1,2 %) par les médecins et un effet plus marqué sur le nombre de patients rencontrés (+7,55 %) et inscrits médecin traitant (+6,87 %). En revanche, aucun effet significatif n'est mis en évidence sur le nombre de consultations et visites.

► **La coopération avec une infirmière modifie-t-elle l'activité du médecin généraliste ? L'impact du dispositif Asalée**

LOUSSOUARN C., FRANC C., VIDEAU Y., et al.

2019

Questions D'économie De La Santé (Irdes)(241): 1-7.

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/241-la-cooperation-avec-une-infirmiere-modifie-t-elle-l-activite-du-medecin-generaliste.pdf>

Le dispositif expérimental de coopération entre médecins généralistes et infirmières, Action de santé libérale en équipe (Asalée), a pour objectif principal d'améliorer la qualité des soins et services rendus. Il peut également se traduire par la sauvegarde de temps médical grâce à l'éducation thérapeutique et à une délégation d'actes des médecins généralistes vers les infirmières. L'impact du dispositif, inscrit dans le programme d'évaluation DAPHNEE, est appréhendé ici à travers l'évolution de l'activité des médecins généralistes qui y sont entrés entre 2011 et 2015. Les médecins généralistes volontaires, participant au dispositif Asalée, modifient-ils leur nombre de jours travaillés lorsqu'ils coopèrent avec une infirmière Asalée ? Reçoivent-ils davantage de patients ? Réalisent-ils davantage d'actes ? L'expérimentation a-t-elle un impact similaire pour tous les médecins ou cet impact dépend-t-il de l'intensité et du contenu de la coopération avec l'infirmière ? Autant de questions explorées dans ce troisième volet du programme d'évaluation DAPHNEE, qui est fondé sur une approche économique et quantitative menée à partir d'un design quasi-expérimental.

Les principaux résultats montrent que l'entrée dans le dispositif Asalée a un impact positif et significatif sur la taille de la patientèle mais pas sur le nombre des consultations au cabinet ou à domicile. Ainsi, la délégation d'une partie de l'activité des médecins généralistes aux infirmières semblerait libérer du temps médical que les médecins allouent à l'accroissement de la taille de leur patientèle.

► **Convenient Primary Care and Emergency Hospital Utilization**

PINCHBECK T.
2019

Department of Economics Discussion Paper Series No. 19/04. Londres City University of London.

Participation and utilization decisions lie at the heart of many public policy questions. I contribute new evidence by using hospital records to examine how access to primary care services affects utilization of hospital Emergency Departments in England. Using a natural experiment in the roll out of services, I first show that access to primary care reduces Emergency Departments visits. Additional strategies then allow me to separate descriptively four aspects of primary care access: proximity, opening hours, need to make an appointment, and eligibility. Convenience-oriented services divert three times as many patients from

emergency visits, largely because patients can attend without appointments.

► **Vers une médecine collaborative : politique des maisons de santé pluri-professionnelles en France**

VEZINAT N.
2019

Paris : Presses universitaires de France

Les maisons de santé, qui regroupent dans les mêmes locaux médecins généralistes et différents spécialistes, se multiplient sur le territoire et sont présentées comme une réponse à une offre de soin de plus en plus inégale sur le territoire. Dans ce livre, il s'agit de comprendre qui instrumente l'autre, de l'État qui cherche à contrer une dégradation de la situation sanitaire de la population française, ou des promoteurs des maisons de santé qui veulent améliorer l'accès aux soins et leurs conditions de travail, mais aussi éviter une mise sous tutelle de leurs professions. En tant qu'intermédiaire entre les politiques publiques de santé et les professionnels, la Fédération des maisons de santé peut être étudiée comme un groupe d'intérêt qui joue un rôle dans la mise en œuvre de ces politiques publiques. Dans quelle mesure cette fédération participe-t-elle à la construction d'une communauté d'intérêts entre des professions de santé diversifiées et un État social en recherche de solutions ?

Systemes de santé

Health Systems

► **Productivity of the English NHS: 2016/17 Update**

CASTELLI A., CHALKLEY M., GAUGHAN J., *et al.*
2019

CHE Research Paper Series ; 163. York University of York.

https://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP163_NHS_productivity_update2016_17.pdf

This report updates the Centre for Health Economics' time-series of National Health Service (NHS) produc-

tivity growth for the period 2015/16 to 2016/17 and reports trends in output, input and productivity since 2004/05. NHS productivity growth is measured by comparing the growth in outputs produced by the NHS to the growth in inputs used to produce them. NHS outputs include all the activities undertaken for NHS patients wherever they are treated in England, and also accounts for changes in the quality of care provided to those patients. NHS inputs include the number of doctors, nurses and support staff providing care, the equipment and clinical supplies used, and the facilities of hospitals and other premises where care is provide.

► **Performance du système de santé belge – Rapport 2019**

DEVOS C., CORDON A., LEFEVRE M., *et al.*
2019

KCE Report; 313B. Bruxelles KCE.

<https://kce.fgov.be/fr/performance-du-syst%C3%A8me-de-sant%C3%A9-belge-%E2%80%93-rapport-2019>

Ce rapport présente la quatrième évaluation de la performance du système de santé belge. À travers 121 indicateurs, il offre une vision très large de la performance du système de santé. Les indicateurs montrent les forces et les faiblesses du système et allument certains signaux d'alerte sur son accessibilité, sa qualité, son efficacité, sa soutenabilité et son équité. Dans certains cas, les problèmes sont déjà connus des décideurs et des analyses supplémentaires ont déjà été demandées pour les guider dans leur prise de décision. Dans d'autres cas, les constats sont inédits et nécessiteront une analyse approfondie. En tout état de cause, la présentation complète et structurée des indicateurs est un « tableau de bord » prévu pour aider les décideurs à prioriser les actions et/ou les études supplémentaires à réaliser.

► **Euro Health Consumer Index 2018**

HEALTH CONSUMER POWERHOUSE
2019

Danderyd Health Consumer Powerhouse.

<https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf>

The EHCI, started in 2005, is the leading comparison for assessing the performance of national healthcare systems in 35 countries. The EHCI analyses national healthcare on 46 indicators, looking into areas such as Patient Rights and Information, Access to Care, Treatment Outcomes, Range and Reach of Services, Prevention and use of Pharmaceuticals.

► **La réforme des systèmes de santé**

PALIER B.
2017

Paris : Presses Universitaires de France

Agences régionales de santé, franchises, parcours de soin, limitation des arrêts de travail. Les gouvernements accumulent les mesures et pourtant le déficit de

l'assurance maladie continue d'exister. Peut-on maîtriser l'augmentation des dépenses de santé ? Pourquoi ces dépenses augmentent-elles partout, et plus vite dans certains pays (États-Unis, France, Allemagne) que dans d'autres (Grande-Bretagne, Suède) ? Toutes les réformes des systèmes de santé doivent arbitrer entre quatre objectifs souvent contradictoires que cet ouvrage analyse : assurer la viabilité financière des systèmes, mais aussi l'égal accès aux soins, la qualité de ceux-ci, enfin la liberté et le confort des patients et des professionnels. Les dernières mesures décidées en France semblent abandonner progressivement l'idée d'une médecine de ville solidaire au profit des trois autres objectifs.

► **Community Health Services**

RECHEL B., SPASOVA S., BAETEN R., *et al.*
2018

Eurohealth 24(4): 44.

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/391406/_EuroHealth_v24n4_Web_09Jan.2019.pdf

The 2018 winter issue of Eurohealth presents an expansive collection of articles spanning the delivery of various community level services, increasing health coverage, and policy reforms aimed at health system strengthening. Eurohealth Observer - Hub and spoke dispensing models for community, Challenges in long-term care in Europe; Eurohealth International - Person-centred tuberculosis prevention in Eastern Europe and Central Asia, Advertising dental services; Eurohealth Systems and Policies - Austria: Increasing ambulatory care, Bulgaria: Hospital sector reforms, Spain: Health coverage after the economic crisis, Georgia: the Universal Health Care Programme, Kyrgyz Republic: Health strategy preparation, Sweden: subsidy for spectacles for children and adolescents; and Eurohealth Monitor.

► **Tools and Methodologies to Assess the Efficiency of Health Care Services in Europe. Report of the Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health (EXPH)**

UNION EUROPÉENNE
2019

Luxembourg Publications Office of the European Union.

https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/2019_efficiency_en.pdf

Le groupe d'experts de l'Union européenne (UE) sur l'évaluation de la performance des systèmes de santé a publié ce rapport dans le but d'analyser la mesure et l'évaluation de l'efficacité des soins de santé dans l'ensemble des pays de l'UE. La manière dont les pays

conceptualisent et mesurent l'efficacité des soins de santé varie considérablement. Les méthodologies de mesure en sont encore au stade de développement dans de nombreux pays, les contraintes de données limitant le champ d'analyse aux soins hospitaliers. Il existe actuellement peu d'indicateurs standardisés.

Travail et santé

Occupational Health

► **Cancers reconnus d'origine professionnelle : Évolution statistique, actions de prévention et d'accompagnement des salariés exposés**

CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE
2019

Santé travail : enjeux et actions. Paris Cnam.

https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/enjeux_et_actions_cancers_professionnels_avril_2019.pdf

Le rapport 2019 « Santé travail : enjeux et actions » a pour thème les cancers reconnus d'origine professionnelle. En moyenne, 1 840 cancers professionnels sont reconnus chaque année en France, principalement chez des ouvriers retraités et en lien avec l'amiante. En 20 ans, le nombre de cancers professionnels reconnus a été multiplié par 3, pour un coût d'1,2 milliard d'euros aux entreprises à travers leurs cotisations AT/MP.

viduals with similar employment and health history, chosen with propensity score matching. According to our estimates, being laid off increases the transition probability to disability by 50% (or 1.4% points) in four years, and half of the excess transitions occur within the first year. We find a greater than average effect among older individuals and those who were in worse health before. Outpatient, inpatient and pharmaceutical expenditure increases 3.5-4 times when a laid-off individual takes up disability benefit, and decreases slightly afterwards, but does not reach the pre-disability levels. This health expenditure pattern resembles that observed around the diagnosis of previously undetected chronic diseases, such as diabetes or hypertension, but genuine health shocks may also be present. The increase in health expenditure corresponds to 20-25% of the additional disability payments in the medium term.

► **Job Loss, Disability Insurance and Health Expenditures**

BIRO A. ET ELEK P.
2019

Discussion Paper MT-DP – 2019/8. Budapest Hungarian Academy of Sciences.

<http://www.mtaki.hu/wp-content/uploads/2019/03/MTDP1908.pdf>

We analyse the causal effect of job loss on disability insurance enrolment on a five-year horizon and the implications on health expenditures. Using individual level administrative panel data from Hungary, we follow individuals displaced due to a mass lay-off and compare their labour force status to non-laid-off indi-

► **Workers' Employment Rates and Pension Reforms in France: The Role of Implicit Labor Taxation**

BLANCHET D., BOZIO A., RABATE S., *et al.*
2019

NBER Working Paper Series ; n° 25733. Cambridge NBER.

<http://www.nber.org/papers/w25733>

Over the last fifteen years, France has experienced a reversal of older workers' labor force participation and employment rates. Changes in health, life expectancy or education levels over the period are trend variables and thus cannot explain this "U-shaped" time profile. Pension reforms and associated changes in monetary

incentives to retire are a more plausible explanation. Their impact is measured by the implicit tax rate on working longer, which combines induced changes in the level of benefits and the fact of foregoing one year of these benefits. We also account for changes in the relative importance of alternative pathways to normal retirement. Pension reforms and access to these alternative pathways have moved in ways that can account for a significant part of the “U-shaped” pattern of older workers labor force participation.

► **Évolution 2010-2018 du burnout en Belgique et intérêt de l'utilisation conjointe de deux outils de diagnostic**

HANSEZ I., RUSU D., FIRKET P., *et al.*

2019

Bruxelles S.P.F.

<http://www.emploi.belgique.be/moduleDefault.aspx?id=45872>

Le SPF Emploi belge a commandité une étude sur le burnout, avec un double objectif : mesurer la prévalence de celui-ci et des personnes souffrant d'un mal-être au travail en Belgique ; adapter l'outil de détection précoce du burn-out créé en 2013 pour aider les travailleurs, les médecins généralistes et les médecins du travail. L'objectif s'articulait autour de ces étapes : établir une revue de la littérature scientifique des cinq dernières années sur le burnout et les troubles mentaux associés (stress, dépression, workaholisme, fatigue chronique, fibromyalgie, brown-out, bore-out) ; faire le point sur des concepts fortement médiatisés comme le bore-out ou le brown-out ; mesurer l'ampleur du burn-out dans la population belge ; adapter l'outil à l'intention des médecins permettant d'aider à la détection précoce du burn-out. L'étude n'a pas pu aboutir au calcul de la prévalence du burn-out. Cependant, une analyse de l'évolution entre 2010 et 2018 a révélé peu de changements dans les caractéristiques individuelles et organisationnelles des travailleurs consultant pour un mal-être au travail. L'étude a également montré l'intérêt d'une utilisation conjointe de deux outils de diagnostic : le jugement clinique du médecin à travers l'outil de détection précoce du burn-out et l'utilisation d'un questionnaire auto-rapporté par le patient.

► **New Work-Limiting Health Events and Occupational Transitions Among Older Workers**

HYDE J. S. ET WU A. Y.

2019

Washington DC Mathematica Policy Research.

<https://econpapers.repec.org/paper/mprmprrres/0d12254d6aa542e09156584e8db851ba.htm>

In this study, we descriptively examine whether the occupational path of older workers who report a new work-limiting health condition in the years before retirement differs from that of workers who remain limitation-free. Even for those without significant work limitations, transitions in work near retirement are common, so it is important to differentiate between transitions made in response to new disabling conditions and transitions that occur as part of the usual path toward retirement. The onset of a work-limiting health condition in the years approaching retirement significantly reduces earnings and income and leads to a sustained increase in the risk of poverty. If workers with new disabling conditions near retirement have different occupational paths than those who remain relatively healthy, then it may be beneficial to intervene and help workers with new disabling conditions remain in the workforce.

► **The Effects of Mass Layoffs on Mental Health**

LE CLAINCHE C. ET LENGAGNE P.

2019

Document de travail Irdes ; 78. Paris Irdes.

<https://www.irdes.fr/english/working-papers/078-the-effects-of-mass-layoffs-on-mental-health.pdf>

This article assesses the effects of mass layoffs on the mental health of workers remaining in plants after layoffs, using a French survey merged with administrative health insurance data covering the period 2010–2013. We rely on the consumption of psychotropic drugs prescribed by doctors as an indicator of mental health. Results show that mass layoffs induce a sizeable rise in the use of psychotropic drugs amongst job stayers: we measure an increase of 41% in psychotropic drug consumption rates amongst them after displacement, as compared with the pre-displacement period. We find evidence for a social gradient whereby employees belonging to the lowest socio-economic are more affected by the adverse effect of mass layoffs on their

mental health, leading to psychotropic drug consumption, than those in the highest socio-economic groups.

► **La sécurité et la santé au cœur de l'avenir du travail : Mettre à profit 100 ans d'expérience**

ORGANISATION INTERNATIONALE DU TRAVAIL
2019

Genève : Organisation Internationale du Travail

https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_686763.pdf

Le premier chapitre du présent rapport revient sur l'évolution des connaissances sur la sécurité et la santé

au travail depuis un siècle et sur le rôle joué par l'OIT à cet égard depuis sa création en 1919. Dans le contexte des enjeux de la sécurité et de la santé au travail, le chapitre 2 s'intéresse aux tendances qui entraînent des changements dans le monde du travail et à leur impact sur la sécurité et la santé au travail. Il se concentre sur quatre évolutions majeures du monde du travail – liées à la technologie, à la démographie, au développement durable (et au changement climatique) et à l'évolution de l'organisation du travail. À partir de chacune de ces évolutions, le rapport s'emploie à identifier les opportunités et les défis clés pour la sécurité et la santé au travail et pour la prévention et la maîtrise des risques. Le chapitre 3 étudie la façon dont la sécurité et la santé au travail évoluent et relèvent le défi d'un avenir du travail sûr et sain pour tous.

Vieillessement

Aging

► **Formal Care of the Elderly and Health Outcomes Among Adult Daughters**

ABRAHAMSEN S. A. ET GROTTING M. W.
2019

Working papers in Economics ;2/19. Bergen University of Bergen.

Health-care expenditures and the demand for caregiving are increasing concerns for policy makers. Although informal care to a certain extent may substitute for costly formal care, providing informal care may come at a cost to caregivers in terms of their own health. However, evidence of causal effects of care responsibilities on health is limited, especially for long-term outcomes. In this paper, we estimate long-term effects of a formal care expansion for the elderly on the health of their middle-aged daughters. We exploit a reform in the federal funding of formal care for Norwegian municipalities that caused a greater expansion of home care provision in municipalities that initially had lower coverage rates. We find that expanding formal care reduced sickness absence in the short run, primarily due to reduced absences related to musculoskeletal and psychological disorders. In general, we find no effects on long-term health outcomes.

► **L'implication des femmes seniors dans l'aide à un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie et dans l'aide grand-parentale**

ACKER D. ET BONNET C.
2019

Paris HCFEA.

<http://www.hcfea.fr/spip.php?rubrique11>

Le Conseil de l'âge aborde dans cette note les aides apportées à leurs proches par les femmes seniors, définies ici comme ayant entre 55 et 64 ans. Il distingue d'une part, l'aide à un proche, au sens habituel du terme, c'est-à-dire l'aide apportée à ses enfants, sa famille et ses proches en perte d'autonomie ou en situation de handicap et d'autre part, l'aide dénommée grand-parentale apportée à ses petits-enfants.

► **Politique de soutien à l'autonomie des personnes âgées : quelques comparaisons internationales. Note du Conseil de l'Age**

ACKER D. ET BONNET C.
2019

Paris HCFEA.

<http://www.hcfea.fr/spip.php?rubrique11>

Cette note porte sur 9 pays : l'Allemagne, le Danemark, l'Espagne, l'Italie, la Suède et le Québec, ainsi que sur la Belgique, les Pays-Bas et le Japon. Tous les pays étudiés sont confrontés aux enjeux du vieillissement et de la perte d'autonomie. Les stratégies développées et les grandes orientations sont similaires : priorité au soutien à domicile, diversification des réponses en termes de lieux de vie et des choix offerts aux familles, tendance à l'extension des prestations en espèces plutôt qu'en nature, soutien aux aidants et attention portée à la question de la qualification des professionnels du secteur.

► L'hébergement temporaire en EHPAD. Retour d'expériences des territoires PAERPA

AGENCE NATIONALE D'APPUI À LA PERFORMANCE
2019

Paris ANAP.

https://www.anap.fr/fileadmin/user_upload/outils_et_publications/Publications/Accompagner_le_secteur_medico-social/Organisation/HT_ehpad/Hebergement_temporaire_en-ehpad_publication.pdf

Comment renforcer l'utilisation de l'hébergement temporaire en EHPAD, en particulier en sortie d'hospitalisation? Comment lever les freins organisationnels et financiers à sa mise en œuvre? Cette publication restitue l'expérience de neuf territoires et apporte des clés de compréhension ainsi que des exemples d'outils pour les acteurs souhaitant le mettre en œuvre.

► Mutualisation d'IDE de nuit en EHPAD - Retour d'expériences des territoires PAERPA

AGENCE NATIONALE D'APPUI À LA PERFORMANCE
2019

Paris ANAP.

https://www.anap.fr/fileadmin/user_upload/outils_et_publications/Publications/Accompagner_le_secteur_medico-social/Organisation/HT_ehpad/Hebergement_temporaire_en-ehpad_publication.pdf

Comment organiser une présence infirmière la nuit dans les EHPAD de façon mutualisée? Cette publica-

tion restitue l'expérience de six territoires ayant mis en place des astreintes ou des gardes, et apporte des clés de compréhension ainsi que des exemples d'outils pour les acteurs souhaitant mettre en œuvre de tels dispositifs.

► Rapport d'information sur le financement de la dépendance

BONNE B. ET MEUNIER M.

2019

Paris Sénat.

<http://www.senat.fr/notice-rapport/2018/r18-428-notice.html>

Ce rapport rend compte de travaux sur le financement de la perte d'autonomie des personnes âgées, alors que s'engageait parallèlement une concertation plus large pilotée par M. Dominique Libault, à la demande du Gouvernement, sur le grand âge et l'autonomie. Les rapporteurs se sont attachés à définir la notion de « reste à charge », dont les composantes sont multiples, et à en donner des estimations chiffrées. Ils ont ainsi distingué, au sein du reste à charge, la part des aides apportées au titre de la perte d'autonomie et qui obéissent à une logique de compensation, et celle des frais d'hébergement en établissement, dont la couverture est en partie assurée par la solidarité nationale. Ces deux composantes forment un reste à charge global de 7 milliards d'euros par année, très inégalement réparti entre personnes âgées à domicile et personnes âgées accueillies en établissement. Ce niveau élevé est fréquemment reproché au conseil départemental, attribuaire de la compétence de droit commun en matière de dépendance. Les rapporteurs souhaitent à cet égard rappeler tout l'intérêt de confier la prise en charge de la perte d'autonomie aux acteurs publics de proximité, qui restent les mieux à même de la mener. Sur la question financière, les rapporteurs soulignent que les recettes actuellement affectées au remboursement de la dette sociale ne suffiront pas, une fois cette dernière éteinte, à couvrir les dépenses de la dépendance à ce jour non financées. C'est pourquoi ils préconisent la mise en place d'une assurance dépendance obligatoire, dont le présent rapport offre les premiers contours. Dans le prolongement des débats engagés en 2007-2008 autour du « cinquième risque », et malgré la conjoncture budgétaire et sociale complexe qui s'impose aux pouvoirs publics, il leur paraît essentiel que le sujet du financement fasse l'objet d'une réforme systémique, au vu des enjeux qui s'annoncent.

► **La perte d'autonomie des personnes âgées à domicile : Quelles disparités entre départements ?**

BRUNEL M. ET CARRERE A.

2019

Dossiers De La Drees (Les)(34): 43.

Grâce à l'enquête « Vie quotidienne et santé (VQS) » réalisée en 2014, la perte d'autonomie des personnes âgées vivant à domicile peut être comparée entre les départements français (hors Mayotte), pour divers indicateurs de limitations fonctionnelles, restrictions d'activité, ou recours à des aides professionnelles ou de l'entourage. Dans l'Ouest de la France (Bretagne, Pays de la Loire, Centre-Val de Loire), jusqu'aux départements de l'Ouest de l'Île-de-France, les prévalences de la perte d'autonomie à domicile sont faibles. Elles s'accompagnent d'un faible recours à l'aide professionnelle et de l'entourage. À l'inverse, les départements ultra-marins, le nord et le nord-est de la France, et une grande partie de la moitié sud de la France combinent de fortes prévalences de la perte d'autonomie à domicile et un fort recours à l'aide. Les limitations cognitives sont plus fréquentes dans les départements du sud, alors que les prévalences des limitations physiques sont plus élevées dans le nord et le nord-est de la France. Ces disparités de besoins et de recours à l'aide peuvent être liées à l'offre proposée sur le territoire pour prendre en charge la perte d'autonomie. Les territoires où le taux d'équipement en établissements est faible ont une prévalence des incapacités à domicile forte. Les départements où l'aide professionnelle à domicile est importante sont aussi ceux où les besoins sont élevés.

► **Un senior à domicile sur cinq aidé régulièrement pour les tâches du quotidien**

BRUNEL M., LATOURELLE J. ET ZAKRI M.

2019

Études Et Résultats (Drees)(1103): 6.

<https://www.epsilon.insee.fr/jspui/handle/1/90736>

En 2015, 3 millions de personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile déclarent être aidées régulièrement pour les activités de la vie quotidienne, en raison de leur âge ou d'un problème de santé, d'après l'enquête Capacités, aides et ressources des seniors (CARE) de la DREES qui interroge 15 000 personnes à domicile. Elles reçoivent le plus souvent une aide pour

le ménage et les courses. Près de la moitié des seniors aidés le sont uniquement par leur entourage, tandis que 19 % le sont uniquement par des professionnels, le tiers restant recevant une aide mixte, c'est-à-dire à la fois par des aidants professionnels et de l'entourage. Alors que les seniors les plus autonomes sont aidés en majorité uniquement par leur entourage, l'aide mixte devient prépondérante pour les plus dépendants.

► **La situation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en 2017**

CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE

2019

Paris CNSA.

https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_portrait_ehpad_2017_vf.pdf

La CNSA a actualisé les données d'activité des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. En 2017, on constate une légère augmentation du nombre de professionnels du soin qui prennent en charge les résidents (taux d'encadrement). À partir des différentes données qu'elle collecte, la CNSA dresse un nouveau portrait des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et de la prise en charge de leurs résidents : description des EHPAD et des résidents, taux d'occupation, taux d'encadrement, coûts salariaux moyens, situation budgétaire des établissements (résultat, déficit, capacité d'autofinancement), coût d'une place, coût global d'un résident pour l'assurance maladie...

► **Les comportements de départ à la retraite**

COMITÉ D'ORIENTATION DES RETRAITES

2019

Paris : COR

<http://www.cor-retraites.fr/article537.html>

Actuellement, 80 % des retraités partent au taux plein (hors surcote), qui demeure en France la principale norme sociale. Si demain les références à la durée d'assurance et au taux plein devaient disparaître, l'une des questions essentielles serait d'anticiper la réaction des assurés dans le cadre du nouveau système unifié. La connaissance des comportements est donc primordiale pour évaluer les effets de la réforme annoncée.

La première partie du dossier présente des éléments de cadrage statistiques sur les conditions de départ à la retraite. La deuxième partie est consacrée aux incitations économiques et aux motivations de départ à la retraite. La troisième partie revient sur l'information et les connaissances des assurés sur la retraite. Enfin, la dernière partie propose quelques éléments prospectifs sur le rôle de l'âge dans un système de retraite fonctionnant en rendement défini.

► **Différences de genre face au vieillissement en bonne santé : une imbrication des dynamiques démographiques, des parcours de vie et des politiques publiques**

CAMBOIS E.

2019

Questions De Santé Publique(36)

http://www.iresp.net/qsp36_iresp-n36-web-2/

Avec l'allongement de l'espérance de vie, la population âgée s'est densifiée. L'augmentation du nombre de personnes âgées constitue un enjeu de santé publique important, alors que les risques pour la santé s'accroissent avec l'âge. L'enjeu est aussi important parce que les situations de santé de cette population ont beaucoup évolué au cours du temps; et avec elles les besoins en matière de soins et de prise en charge. En effet, la population âgée s'est diversifiée sous l'effet des dynamiques démographiques et de l'évolution des parcours de vie au fil des générations (études, carrière, famille...). Les problèmes de santé des personnes âgées d'aujourd'hui résultent des facteurs de risques auxquels elles ont été exposées durant ces parcours renouvelés. À cet égard, les différences de santé entre femmes et hommes méritent une attention particulière : les femmes vivent plus longtemps que les hommes, mais leurs années de vie supplémentaires sont majoritairement vécues en mauvaise santé. Femmes et hommes se distinguent par les maladies déclarées, et se caractérisent par des parcours de vie notablement différents et en évolution. Ce document décrit leurs situations de santé, puis la manière dont elles peuvent être reliées à leurs parcours.

► **Le vieillissement des personnes en situation de handicap, opportunité d'un nouveau devenir ?**

DELPORTE M.

2018

Paris ANCREAI.

<http://ancreai.org/etudes/le-vieillissement-des-personnes-en-situation-de-handicap-opportunit%C3%A9-dun-nouveau-devenir/>

Peut-on imaginer (ou poser l'hypothèse) que l'avancée en âge au-delà de cinquante ou soixante ans soit aussi un nouveau devenir pour des personnes en situation de handicap ? Si oui, qu'est-ce qui est aujourd'hui mis en œuvre pour le rendre possible ? Et de quel devenir parlons-nous ? Qui le définit ? À partir de quels points de vue ? L'analyse des équipements spécifiquement dédiés aux personnes handicapées vieillissantes et celle d'autres formes alternatives d'habitat (dans le secteur du handicap et le secteur gérontologique), croisée à une analyse des attentes des personnes en situation de handicap concernant leur avancée en âge, donne des éléments d'analyse pour penser de nouveaux modes d'accompagnement pour cette population. Cela a consisté en particulier à faire une lecture critique de ces dispositifs dans la façon dont ils prennent en compte les choix de la personne en termes de changements d'habitudes de vie, en tension entre ses souhaits, les répercussions du processus de vieillissement sur l'état de santé au sens large de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) de la personne, et le cadre sociétal dans laquelle elle est inscrite.

► **Insurance with a Deductible. A Way Out of the Long Term Care Insurance Puzzle**

KLIMAVICIUTE J. ET PESTIEAU P.

2019

CORE Discussion Paper; 2019/02. Louvain-la-Neuve CORE.

<https://ideas.repec.org/p/cor/louvco/2019002.html>

Long-term care (LTC) is one of the largest uninsured risks facing the elderly. In this paper, we first survey the standard causes of what has been dubbed the LTC insurance puzzle and then suggest that a possible way out of this puzzle is to make the reimbursement formula less threatening for those who fear a too long period of dependence. We adopt a reimbursement formula resting on Arrow's theorem of the deductible, i.e. that it is optimal to focus insurance coverage on the states with largest expenditures. It implies full self-in-

insurance coverage on the states with largest expenditures. It implies full self-insurance for the first years of dependency followed by full insurance thereafter. We show that this result remains at work with ex post moral hazard.

► **The Influence of Old-Age Retirement on Health: Causal Evidence from the Finnish Register Data**

KUUSI T., MARTIKAINEN P. ET VALKONEN T.
 2019

ETLA Working Papers No 67. Helsinki ETLA.
<https://econpapers.repec.org/paper/rifwpaper/67.htm>

We quantify the impact of old-age retirement on health using longitudinal Finnish register data for the period 2000–2012, which allows for a strict isolation of the effects of transition from work to retirement for both mental and physical health indicators. We use the lowest statutory eligibility age for full old-age pensions, 63 years, as an instrument in FE-IV estimation to ensure causal inference. We find that (1) retirement moderately decreases the use of antidepressants, especially for women; (2) the beneficial effects of retirement on the cardiovascular and musculoskeletal conditions are smaller and more diffused; (3) there is no robust evidence that retirement effects vary systematically among socioeconomic groups, although more robust declines in musculoskeletal diseases were observed among manual-labour men; and (4) the beneficial effects in antidepressant use can be extended to apply to most Finns retiring at ages 62–64 based on our test of external validity.

► **Deux ans d'application de la loi d'adaptation de la société au vieillissement. Résultats de l'enquête trimestrielle sur l'APA à domicile en 2016-2017**

LATOURELLE J.
 2019

Études Et Résultats (Drees)(1109)
<https://www.epsilon.insee.fr/jspui/handle/1/92333>

Le dispositif d'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile a été réformé début 2016 dans le cadre de la loi d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015, dite loi ASV. La réforme

est appliquée progressivement au cours de l'année 2016, et près de 14 % des plans d'aide sont révisés au cours du 2^e trimestre. La revalorisation des plafonds profite notamment aux bénéficiaires en GIR 1, les plus dépendants. Ils sont ainsi 38 % à bénéficier d'un plan d'un montant supérieur aux plafonds avant réforme fin 2016, et 46 % fin 2017. En décembre 2017, les montants notifiés des plans d'aide s'élèvent en moyenne à 1 250 euros mensuels pour les GIR 1, 940 euros pour les GIR 2, 650 euros pour les GIR 3, 360 euros pour les GIR 4 et leur financement est majoritairement à la charge du conseil départemental (80 % en moyenne tous GIR confondus). Les bénéficiaires en GIR 1 participent à hauteur de 16 % au plan, tandis que ceux en GIR 4 s'acquittent, en moyenne, de 22 % du montant. Les mesures d'aide au répit des proches aidants se mettent en place très progressivement au cours des années 2016 et 2017.

► **Grand âge et autonomie : concertation**

LIBAULT D.
 2019

Paris Ministère chargé de la santé.

Ce rapport sur la prise en charge de la dépendance et le maintien de l'autonomie est issu des réflexions de dix groupes de travail thématiques et de cinq forums régionaux, mais aussi des résultats d'une vaste concertation de quatre mois. Alors que d'ici à 2050, la France comptera près de 5 millions de plus de 85 ans, contre 1,5 aujourd'hui, avec un doublement du nombre de personnes dépendantes, l'enjeu du vieillissement de la population et de la prise en charge de la dépendance fait partie des priorités du gouvernement. Ce rapport formule 175 propositions pour prévenir et prendre en charge la dépendance et favoriser l'autonomie et le maintien à domicile, avec notamment 10 propositions clés pour « passer de la gestion de la dépendance au soutien à l'autonomie ».

► **Santé et vieillissement : un regard comparé sur la situation des femmes et des hommes en France et en Europe**

MOISY M.
 2019

[In: La France dans l'Union européenne - Edition 2019], Paris : INSEE: 37-51

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3902339?sommaire=3902446>

Avec une espérance de vie féminine qui atteint 85,3 ans en 2016, la longévité des femmes en France est l'une des plus élevées d'Europe. Le constat est différent pour les hommes : six années séparent l'espérance de vie à la naissance des femmes et des hommes (79,3 ans) en France et ce désavantage masculin y est plus marqué que dans d'autres pays d'Europe. Vingt ans auparavant, cet indicateur atteignait 82,3 ans pour les femmes et 74,2 ans pour les hommes, soit un écart entre les femmes et les hommes encore plus prononcé. Ce désavantage masculin persistant interroge sur les principales causes masculines de décès prématurés que sont les tumeurs, les maladies cardio-vasculaires et les accidents. Ces causes de décès doivent être examinées au regard des comportements et facteurs de risque tels que la consommation de tabac et d'alcool et, dans une moindre mesure en France, la prévalence du surpoids et de l'obésité. L'allongement de la durée de vie conduit à observer l'évolution de l'état de santé des personnes de plus de 65 ans, l'avancée en âge pouvant être source d'incapacités modérées ou sévères. En France, en 2016, une femme de 65 ans peut espérer vivre en moyenne 10,5 ans sans incapacité et 12,8 ans avec des limitations fonctionnelles légères ou sévères, contre respectivement 9,4 ans et 9,9 ans pour un homme. La France occupe une position intermédiaire parmi les pays européens. Longtemps conjugué uniquement au féminin, l'enjeu du vieillissement avec incapacités concerne aujourd'hui aussi les hommes.

► **Towards Quality of Care: Outcomes for Older People in Care Homes**

MOZLEY C., SUTCLIFFE C., BAGLEY H., *et al.*

2018

Londres : Routledge

This unique evaluation of the outcomes of residential and nursing home care for older people identifies the factors determining the quality of life of older people who have moved into care homes. It examines the relationship between older people's psychological well-being and the kinds of care received in residential homes. The volume draws on a study of UK care homes, interviewing new entrants soon after admission and then on two further occasions, to ascertain their experience of care and their quality of life. Interviews were also undertaken with care staff and their managers, and the care environment of each home was

assessed. The authors provide valuable evidence of the factors which can influence older people's well-being on entering a care home and how they adjust either positively or not to their new surroundings. The volume offers clear pointers towards ways to improve quality of residential and nursing home care.

► **Economie du vieillissement**

PONTHIERE G.

2017

Paris : Editions de la découverte

Le vieillissement démographique est souvent présenté comme un frein à l'expansion économique des nations. Mais est-il vraiment un obstacle à la croissance ? Par quels canaux influence-t-il l'activité économique ? Comment l'État-providence pourrait-il s'adapter au vieillissement et aux défis posés par la dépendance des personnes âgées ? L'ouvrage présente les outils utilisés par l'analyse économique pour étudier le vieillissement et ses multiples interactions avec l'activité économique. Si le vieillissement peut ralentir la croissance en réduisant le ratio des actifs sur les inactifs, plusieurs mécanismes d'ajustement portant sur l'épargne, l'éducation et la durée de la carrière peuvent compenser cet effet. Au-delà de son impact sur la production marchande, le vieillissement pose également aux économistes la question de la prise en compte de la durée de vie dans la mesure de la performance économique des nations. L'ouvrage s'interroge enfin sur les grands défis auxquels le vieillissement confronte l'État-providence, qu'il s'agisse de la redistribution ou de la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

► **Challenges in Long-Term Care in Europe. A Study of National Policies 2018**

SPASOVA S., BAETEN R., COSTER S., *et al.*

2018

Bruxelles Commission européenne.

The study, which includes country reports and a synthesis report, provides a brief description of the main features of the national long-term care systems in 35 European countries - EU Member States as well as EFTA and enlarging countries. The country reports analyse four challenges: access to and adequacy of long-term care provisions, issues related to the employment situation of carers, the quality of LTC provision and jobs,

and the financial sustainability of national long-term care provisions.

► **Pensions de réversion ; pour une réforme unificatrice**

STERDYNIAK H.

2019

Policy Brief (Ofce)(51): 12.

Les pensions de réversion, les pensions versées au conjoint survivant après le décès d'un ayant-droit à une pension de retraite, constituent un élément important du système français de retraite. En 2016, elles ont représenté 36,3 milliards d'euros, soit 12 % des pensions de vieillesse, 1,6 % du PIB. Les écarts de durée de vie et d'âge au mariage font que 89 % des bénéficiaires sont des femmes. La question des pensions de réversion est donc liée à celles des inégalités femmes/hommes de niveau de retraite. Les pensions de réversion font passer les retraites des femmes de 58 à 71 % de celles des hommes. Elles apparaissent indispensables puisqu'elles permettent aux veuves de conserver un niveau de vie satisfaisant. Elles peuvent être considérées comme la survivance d'un modèle patriarcal périmé, mais elles sont aussi une composante logique du caractère familial du système socio-fiscal français. Chaque régime de retraite a actuellement une réglementation différente en matière de pension de réversion : le taux est de 50 % (fonction publique, sans condition d'âge), 54 % (régime général, avec condition de ressources et condition d'âge), 60 % (régime complémentaire), avec condition d'âge). Cette disparité est peu justifiable et source d'injustices, réelles ou ressenties. Par ailleurs, en cas de divorce ou de remise en couple, les législations sont disparates, compliquées et contestables. La réforme des retraites, annoncée par Emmanuel Macron, met obligatoirement en question les pensions de réversion. Elle obligera heureusement à uniformiser la réglementation. Elle devrait être l'occasion de repenser l'ensemble du système à partir d'un choix social ouvert auquel ce texte se propose de contribuer. Selon l'OFCE, les pensions de réversion doivent être maintenues. Leur législation doit s'appuyer sur les principes de l'assurance sociale. La pension de réversion doit assurer au conjoint survivant le même niveau de vie qu'avant le décès de son conjoint, sans que le couple n'ait besoin de recourir à l'assurance privée. Le montant de la pension de réversion devrait donc être des deux tiers de la pension du conjoint décédé moins un tiers de la pension

du conjoint survivant. La condition d'âge devrait être uniformisée, d'abord à 55 ans puis progressivement vers 60 ans. Les allocations de veuvage précoce et d'éducation des enfants devraient être couvertes par des dispositifs de prévoyance à généraliser. Le divorce ferait perdre les droits à la pension de réversion, mais cela serait pris en compte dans le jugement de divorce, pour la fixation de la prestation compensatoire ou par un partage arbitré des points acquis durant le mariage. Cette étude discute et écarte les projets de prise en compte de la durée du mariage, de partage des droits (splitting), d'extension au Pacs (tel qu'il est actuellement), de sur-cotisation ou de baisse des pensions des couples mariés.



Index des auteurs Author index

A

Abrahamsen S. A.	45
Acker D.	45
Adams L.	40
Adjerad R.	11
Agence Nationale d'Appui à la Performance....	36 , 37 , 46
Akee R. Q.	12
Andler R.	20
Association Nationale en Alcoologie et Addictologie	31

B

Baeten R.	27 , 42 , 50
Bagley H.	50
Bardet J. D.	38
Baudelot C.	19
Bec C.	11
Becue-Bertaut M.	29
Benitez-Silva H.	23
Bertrand D.	31
Biro A.	17 , 43
Blanchet D.	43
Bockerman P.	14
Bonnami A.	38
Bonne B.	46
Bonnet C.	45
Bontoux D.	31
Borowczyk J.	29
Bouchez T.	38
Bouckaert N.	17
Bourgueil Y.	38
Bouskill K. E.	16
Bozio A.	43
Brekke K. R.	24
Brunel M.	47
Buchinsky M.	23
Bungener M.	35
Bunnings C.	19

C

Caisse Nationale d'Assurance Maladie.....	39 , 43
Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie	47
Cambois E.	48
Cambon M.	34
Canta C.	24
Carrere A.	47
Castelli A.	41
Cecchini M.	21
Chalkley M.	41
Charavel C.	24
Chêne P.	24
Choquet M.	19 , 20
Collins B.	37 , 39
Combes C.	19
Comité d'Orientation des Retraites.....	47
Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.....	14
Com-Ruelle L.	19 , 25
Conseil National de l'Ordre des Médecins.....	39
Consortium CLoterres.....	34
Cordon A.	42
Costa-Font J.	22
Coster S.	50
Cour des Comptes.....	22
Cultures et Santé.....	28
Cylus J.	18

D

Dawson J.	40
Défenseur des Droits.....	11
Défenseur des Droits	28
Delporte M.	48
Devandas-Aguilar C.	23
Devaux M.	21
Devos C.	42
Devries S.	17
Dharreville P.	29
Dougherty S.	22
Dourgnon P.	30

E

Elek P.	43
Evetovits T.	18

F

Farfan-Portet M. I.	17
Feng Y.	30
Fernandes S.	37
Firket P.	44
Fond G.	37
Fournier C.	34 , 35
Franc C.	40

G

Gandre C.	30
Gaughan J.	41
Giloux N.	37
Gissot C.	12
Goldberg M.	13
Gravelle H.	26
Grotting M. W.	45
Guignard R.	20
Guillaume S.	30

H

Hafner L.	19
Halliday T.	12
Hansez I.	44
Haut Conseil de la Santé Publique	35 , 36
Haut Conseil du financement de la protection sociale	17
Health Consumer Powerhouse	42
He H.	17
Hernandez-Villafuerte K.	30
Honta M.	32
Huang K.	17
Hyde J. S.	44

I

Imanirad R.	26
ING Belgique	25

Institut Montaigne	31
Institut National de la Statistique et des Études Économiques	14
Institut National du Cancer	32

J

Jaschke P.	28
Jusot F.	13
Juven P. A.	25

K

Klimaviciute J.	48
Kortelainen M.	14
Kosyakova Y.	28
Kuusi T.	49

L

Laine L. T.	14
Latourelle J.	47 , 49
Léandre C.	25
Lebart L.	29
Le Clainche C.	44
Lefevre M.	42
Legleye S.	30
Le Merrer P.	33
Lengagne P.	44
Le Pajolec S.	20
Libault D.	13 , 49
Lin J.	14
Lochard Y.	11
Longuet G.	15
Lorenzoni L.	22
Loussouarn C.	40
Lucas-Gabrielli V.	32
Lukacs B.	12 , 15

M

Maesano C. N.	21
Marino A.	22
Martel J. F.	33
Martikainen P.	49
Mauro L.	24
Meunier M.	46

Michaud A.....	18
Ministère chargé de la Santé.....	15 , 32
Miyamura J.....	12
Moisy M.....	49
Montaut A.....	18
Moreau C.....	20
Moscelli G.....	26
Mozley C.....	50

N

Ning L.....	17
Nishi T.....	12
Nordlinger B.....	15

O

Observatoire Européen des Systèmes et Politiques de Santé.....	20
Olson M. K.....	14
Organisation de coopération et de développement économiques.....	20 , 29
Organisation Internationale du Travail.....	45
Organisation Mondiale de la Santé.....	16

P

Palier B.....	42
Pasquereau A.....	20
Perronnin M.....	11
Pestieau P.....	48
Peyromaure M.....	24
Pierre A.....	12 , 13
Pierru F.....	25
Pinchbeck T.....	41
Plouin P. F.....	31
Pollak C.....	11
Ponthiere G.....	50
Premier Ministre.....	33
Primevert M.....	37
Prinz D.....	17

Q

Quertemont E.....	21
-------------------	----

R

Rabate S.....	43
Raynaud D.....	13
Rechel B.....	42
Reif S.....	19
Renault M. C.....	13
Reynaud M.....	16
Rigby-Brown A.....	40
Rochereau T.....	21
Rusu D.....	44

S

Saghafian S.....	26 , 27
Sa L.....	26
Sanyal S.....	21
Scuvée-Moreau J.....	21
Seimandi T.....	24
Seutin, V.....	21
Siciliani L.....	24 , 26
Song L. D.....	27
Sousa J.....	16
Spasova S.....	27 , 42 , 50
Sterdyniak H.....	51
Straume L.....	26
Sutcliffe C.....	50

T

Tcheng P.....	36
Thierry J. P.....	16
Think Tank Les Echos.....	32
Thomson S.....	18
Traub S. J.....	26
Troisoeufs A.....	35
Turati G.....	22

U

Union Européenne.....	42
Usher-Pines L.....	16

V

Valkonen T.....	49
-----------------	----

Vanhercke B.	27
Veziat N.	41
Videau Y.	40
Villani C.	15
Vincent F.	25
Vuik S.	21

W

Weinstock D.	28
Wiczer D.	18
Wu A. Y.	44

Z

Zakri M.	47
Zamora B.	30
Zendjidian X.	37
Zins M.	13